



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Naísa Falcão Martins

**GERONTOTECNOLOGIA EDUCACIONAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE
IDOSOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

**Florianópolis
2018**

Naísa Falcão Martins

**GERONTOTECNOLOGIA EDUCACIONAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE
IDOSOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Karina Silveira
de Almeida Hammerschmidt

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Naísa Falcão
GERONTOTECNOLOGIA EDUCACIONAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE
IDOSOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO / Naísa Falcão Martins
; orientadora, Karina da Silveira de Almeida
Hammerschmidt, 2018.
83 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

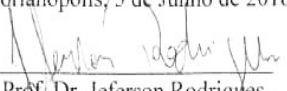
1. Enfermagem. 2. IDOSO. 3. DOENÇA RENAL CRÔNICA. 4.
GERONTOTECNOLOGIA. 5. PROMOÇÃO DA SAÚDE. I. Hammerschmidt,
Karina da Silveira de Almeida. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Naísa Falcão Martins

**GERONTOTECNOLOGIA EDUCACIONAL: PROMOÇÃO DA SAÚDE DE
IDOSOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

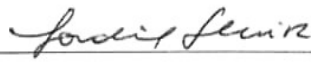
Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.


Florianópolis, 5 de Junho de 2018


Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Orientadora e Presidente


Prof.ª Dr.ª Jordelina Schier
Membro Efetivo


Prof.ª M.ª Darla Fernandez
Membro Suplente

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha mãe que não mediu esforços para que eu chegasse até aqui, minha maior incentivadora! Ao meu tio Paulo (In Memoriam) portador de doença renal crônica, o qual me fez perceber a importância dessa condição de saúde, e aos idosos, que desde o início da graduação me cativaram e se fizeram presentes durante minha caminhada acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por nunca ter me deixado nos momentos difíceis e por me permitir chegar até aqui, pelo dom da vida a mim concedido.

A minha mãe Maria Rosa, por tudo aquilo que eu sou hoje e que serei um dia, sem ela nada disso seria possível, obrigada mãe por abrir mão dos teus sonhos para que eu realizasse o meu, por enfrentar comigo todas as dificuldades e nunca me deixar desistir, pelo teu sacrifício constante, essa conquista também é tua, obrigada pela mãe que és e desculpa pela filha que deixei de ser em algum momento!

Ao meu namorado Filipe, que foi presença constante de companheirismo, incentivo, força e respeito, que me fez acreditar que eu seria capaz apesar de todas as dificuldades e que nunca duvidou da minha capacidade. Agradeço por estar ao meu lado nessa conquista e me acompanhar ao longo desses 5 anos, obrigada por entender minha ausência e estar disponível, mesmo quando eu mesma não pude estar. Muito obrigada por me fazer feliz, e por planejar o futuro comigo, essa conquista também é nossa, te amo.

Ao meu irmão Gabriel, que é meu companheiro desde que nasceu, que me ajudou por diversas vezes ao longo da graduação, me ajudou a estudar e até digitar quando eu já havia cansado, me isentou de tarefas em casa para que eu pudesse concluir este trabalho. Obrigada por ser tão maduro, sempre me entender e ser meu companheiro.

As minhas amigas companheiras de sempre: Julia, Amanda, Carolina e Isadora que me apoiaram, que entenderam minhas ausências, que torceram por mim, vibraram com minhas conquistas e me acompanharam até aqui.

Aos meus amigos que conquistei durante a graduação, em especial a minha amiga Bruna que me acompanhou desde o primeiro semestre, compartilhou comigo as dificuldades e as conquistas, e que foi minha companheira de estágio durante quase toda graduação.

Aos professores e supervisores que transmitiram seus ensinamentos e experiências com a finalidade de tornar-nos profissionais embasados e mais humanos. Em especial meu muito obrigada, a minha orientadora que se fez disponível em me ajudar e orientar ao longo desse trabalho e no mundo da pesquisa.

E por fim, aos idosos que entraram na minha vida sem eu nem planejar, que ocuparam um lugar especial no meu coração, e que me fizeram ter a curiosidade de entender a complexidade do ser idoso.

RESUMO

A mudança demográfica brasileira fortalece o fenômeno conhecido como envelhecimento populacional, neste contexto destaca-se o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Dentre elas a doença renal crônica, caracterizada pela insuficiência da função dos rins com duração de três meses ou mais. A principal forma de tratamento é a hemodiálise, que expõe o indivíduo a uma rotina longa e cansativa, levando ao surgimento de ansiedade, depressão, queda da qualidade de vida e isolamento social. Diante desta condição é essencial incitar a promoção da saúde. Para tanto as gerontotecnologias educacionais podem ser capazes de envolver o indivíduo no seu autocuidado, estimulando competências e habilidades pessoais. O objetivo é conhecer as necessidades de saúde apresentadas pelos idosos na unidade de tratamento dialítico, aplicar e avaliar a utilização da gerontotecnologia educacional como ferramenta para promoção da saúde do idoso em uma unidade de tratamento hemodialítico de um hospital universitário do sul do país. A metodologia utilizada foi a Pesquisa Convergente Assistencial, o estudo utilizou como critério de inclusão idosos a partir dos 60 anos, que realizavam hemodiálise. Como critério de exclusão foi utilizado classificação por score do mini exame do estado mental pelo grau de escolaridade, deficiência cognitiva já diagnosticada, e deficiência visual. Para coleta de dados utilizou-se de entrevista aberta, semiestruturada e observação participante. Posteriormente os dados foram elencados através de planilha para melhor visualização, a partir da fala descrita pelos participantes foram elencadas categorias, para identificação de subtemas e temas a serem abordados em posterior aplicação da gerontotecnologia. A coleta de dados realizou-se entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018, foi realizada após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e pela aprovação no CEP conforme parecer consubstanciado 1.097.377. Os resultados apresentam-se na forma de dois manuscritos intitulados: Identificação das necessidades de saúde de idosos em uma unidade de tratamento hemodialítico. E Aplicação de gerontotecnologia educacional para promoção da saúde de idosos em tratamento hemodialítico. O reconhecimento da promoção a saúde se torna necessário para o planejamento do cuidado com qualidade da equipe de enfermagem, promovendo melhorias que interferem diretamente no seu processo de saúde e doença, incitando aumento da qualidade de vida.

Descritores: Idoso; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal; Promoção da Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP – Diálise Peritoneal
DRC – Doença Renal Crônica
DRCT – Doença Renal Crônica Terminal
DRT – Doença Renal Terminal
FAV – Fístula Arteriovenosa
FG – Filtração Glomerular
HD – Hemodiálise
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IRC – Insuficiência Renal Crônica
MS – Ministério da Saúde
NE – Notas de Entrevista
NG – Notas de Discussão em Grupo
NO – Notas de Observação
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCA – Pesquisa Convergente Assistencial
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGF – Taxa de Filtração Glomerular
TR – Transplante Renal
TRS – Terapia de Substituição Renal
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UTD – Unidade de Tratamento Hemodialítico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	11
1.2 HIPOTESE DO ESTUDO	11
2 OBJETIVO	12
1. Conhecer as necessidades de saúde apresentadas pelos idosos em uma unidade de tratamento dialítico de um hospital universitário do sul do Brasil.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 IDOSO.....	13
3.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA	15
3.3 DIALÍSE RENAL (HEMODIALÍSE)	16
3.4 GERONTOTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS	18
3.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE	20
6 MÉTODO.....	23
6.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
6.2 FASE DE CONCEPÇÃO.....	23
6.3 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO.....	24
6.4 FASE DE PERSCRUTAÇÃO	25
6.5 FASE DE INTERPRETAÇÃO/ANÁLISE.....	27
6.5.1 Apreensão.....	27
6.5.2 Síntese.....	27
6.5.3 Teorização	28
6.5.4 Transferência	28
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
7 RESULTADOS.....	30
7.1 MANUSCRITO 1	30
7.2 MANUSCRITO 2	47
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE.....	69
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	69
ANEXOS	71
ANEXO A – REGRAS DO JOGO DAS ATITUDES.....	71
ANEXO B – CARTAS INCLUIDAS NO JOGO DAS ATITUDES.....	72
ANEXO C – INSTRUMENTO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	79
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO, APROVAÇÃO CEP.....	80
ANEXO E – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO APÓS APLICAÇÃO DE GERONTOTECNOLOGIA	82

1 INTRODUÇÃO

O Brasil encontra-se em período acelerado de envelhecimento demográfico, no qual o demonstrativo típico de formato triangular da pirâmide populacional, vem se invertendo. Devido à queda de natalidade e mortalidade em diversas faixas etárias, entre a década de 40 e 60, o aumento da expectativa de vida no Brasil aumentou, emergindo o fenômeno conhecido como envelhecimento populacional. (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Com o aumento da longevidade comprovado pelos dados do Censo Demográfico de 2010, a população maior de 60 anos, no referido ano constituía 10,6% do total, contrastando com dados do censo de 1980, em que a mesma população correspondia a cerca de 6% do total (IBGE, 2010). Em 2020 estima-se que Santa Catarina seja o estado com maior redução de mortalidade do Brasil, o primeiro Estado Brasileiro em que a expectativa de vida ultrapassará os 80 anos de idade, sendo a média de 77 anos para homens e 83,5 anos para mulheres (IBGE, 2010).

O rápido envelhecimento da população tem profundas implicações para o indivíduo, família e sociedade. Neste contexto populacional, destaca-se a preocupação com as condições crônicas de saúde, incapacidade que exigem tratamento em longo prazo (por mais de três meses). O aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), assim como hipertensão arterial e diabetes mellitus, que são fatores de riscos diretamente associados, tem contribuído para o aumento dos índices de Doença Renal Crônica (DRC). As implicações destas doenças impactam na vida cotidiana das pessoas e familiares (SMELTZER et al., 2017).

A DRC acomete pessoas em qualquer faixa etária, porém há maior incidência em pessoas idosas devido a alterações estruturais e funcionais nos rins. A DRC é caracterizada pela redução da taxa de filtração glomerular, o que resulta no acúmulo de toxinas no volume sanguíneo. Resultando aos altos índices de uremia que afetam todos os sistemas do organismo, quanto maior acúmulo dos produtos de degradação maior os sintomas apresentados (SMELTZER et al., 2017).

A redução da taxa de filtração glomerular, pode ser compreendida em cinco estágios apresentados no quadro 1:

Quadro 1- Classificação da doença renal crônica de acordo com a filtração glomerular.

ESTÁGIO DA DRC (COM LESÃO RENAL PRESENTE)	TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (ML/MIN)	CONDIÇÃO
1	≥90	Normal/elevada
2	60 a 89	Discreta redução
3	45 a 59 30 a 44	Discreta/moderada Moderada/severa
4	15 a 29	Insuficiência renal
5	>15	Dialise renal/ transplante

Fonte: Caderno do modulo 3 de especialização de nefrologia multidisciplinar – UNASUS

Desta forma é necessário desenvolver conduta estratégica para identificação precoce da DRC em idosos. Além desta identificação antes do agravamento da DRC, são necessárias estratégias para prevenção e tratamento, este último muito importante para prolongar a sobrevida e qualidade de vida (MAGALHÃES; GOULART, 2015).

Dentre as formas de tratamento da doença renal crônica está a Hemodiálise (HD). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2017) esta é a modalidade de tratamento realizado através da ligação do usuário a um dialisador, que substitui a função renal, promovendo a filtração das toxinas sanguíneas e eliminando o excesso de líquido corpóreo.

A hemodiálise é o tratamento terapêutico mais utilizados na DRC e é acompanhado de inúmeras restrições de vida tais como, restrições alimentares, de atividades diárias básicas, e sociais. A forma ativa do tratamento é realizada em hospitais ou unidades especializadas, onde o usuário necessita dispor de cerca de quatro horas por dia, durante três vezes por semana, o que implica diretamente na sua qualidade de vida (ROSA; LOURES, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, cerca de 30% da população em tratamento hemodialítico é composta por pessoas idosas. A HD em pessoas idosas apresenta alguns problemas particulares, devido a presença de maior número de comorbidades, fragilidade e a dificuldade do estabelecimento do acesso vascular, condição necessária para a ligação do usuário ao dialisador (ROSA; LOURES, 2013; RIELLA, 2010).

Segundo Pilger et al. (2010), as modificações que o tratamento hemodialítico leva a vida dos usuários, influenciam na vida emocional desses idosos de maneira negativa. O conviver diário com a doença e o tratamento envolve repetição de ações, com presença de sofrimento contínuo e aflição.

Nesse sentido, destaca-se a importância da qualidade de vida e promoção da saúde, considerando a utilização de gerontotecnologias educacionais, dada ao desenvolvimento de ações que propiciem melhora no bem-estar desse idoso, para otimização do tempo durante o tratamento.

As gerontotecnologias educacionais podem ser inseridas mediante utilização de folders, cartilhas, calendários educativos, jogos, além softwares, facilitando e possibilitando novas ações de promoção da saúde, campo este que a enfermagem vem se destacando para educação/promoção da saúde.

De acordo com Hammerschmidt (2011), o uso das gerontotecnologias para o cuidado de enfermagem de idosos com doenças crônicas não transmissíveis é importante pilar para assistência desses indivíduos.

A presente pesquisa está incluída no macroprojeto intitulado: Idoso com Doença Renal Crônica: clínica, terapêutica, prevenção e políticas integradas para a rede de saúde, e emergiu a partir de um trabalho de conclusão de curso já existente no qual foi criado a gerontotecnologia “Jogo das Atitudes”, a partir disso identificou-se a necessidade de replicação da gerontotecnologia em outra unidade de tratamento dialítico.

A gerontotecnologia aplicada consiste em um jogo de cartas, com cartas que abordam atitudes positivas e negativas durante o tratamento, trazendo reflexões nesse contexto.

Devido ao difícil enfrentamento desse tratamento, justifica-se a importância da aplicação dessas gerontotecnologias para promover educação em saúde e para que se forneça subsídios para os profissionais de saúde e da enfermagem para realizar a promoção da saúde desses idosos (TAKEMOTO et al., 2011).

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

Quais as necessidades de promoção da saúde apresentadas pelos idosos em tratamento hemodialítico para aplicação de gerontotecnologia educacional?

1.2 HIPOTESE DO ESTUDO

O uso da gerontotecnologia pode colaborar para a promoção da saúde do idoso em tratamento hemodialítico. Podem tornar os espaços de tratamento em ambientes mais lúdicos, visando desenvolver educação e reflexão sobre as atitudes e hábitos de vida, promovendo possíveis melhorias para os idosos e suas famílias.

2 OBJETIVOS

1. Conhecer as necessidades de saúde apresentadas pelos idosos em uma unidade de tratamento dialítico de um hospital universitário do sul do Brasil.
2. Aplicar e avaliar a utilização da gerontotecnologia educacional como ferramenta para promoção da saúde do idoso durante a sessão de hemodiálise em uma unidade de tratamento dialítico do sul do país.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura deu-se através da revisão narrativa, por meio dos descritores: Idoso, Insuficiência Renal Crônica, Dialise e Promoção da saúde, em alguns buscadores e bases de dados como Google acadêmico, Scielo, Medline e alguns Livros, Teses, Dissertações, Portarias e Políticas, sem ano especificadamente, mas com preferência em busca pelos trabalhos publicados entre 2012 e 2017.

3.1 IDOSO

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS) o envelhecimento é processo individual, irreversível, e não patológico, que leva a degeneração do organismo. A OMS ainda classifica o idoso em duas esferas, onde em países desenvolvidos é considerado idoso pessoas a cima de 65 anos e em países em desenvolvimento é considerado idoso pessoas acima dos 60 anos de idade.

O Brasil como país subdesenvolvido, considera idoso, aquelas pessoas com 60 anos ou mais, conforme a lei N° 10.741 de primeiro de outubro de 2003 que rege o estatuto do idoso e que regulamenta e assegura os direitos desses idosos.

Essa população vem aumentando no Brasil. Segundo os dados do censo demográfico de 2010 a expectativa de vida em 2060 ultrapassara os 80,5 anos de idade, chegando a cerca de 30% da população. Esse fenômeno do aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional se dá pelo fato de que nas últimas décadas vem ocorrendo a transição de altos índices natalidade/mortalidade de uma população rural, para baixos índices de natalidade/mortalidade de uma população que vem ocupando grandes centros (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Segundo Borges, Campos e Silva (2015), essa transição se deu de forma rápida em comparativo com os países europeus que também passaram por essa transição populacional anteriormente, deste modo prevalecem dificuldades e problemas em relação a esse expansivo envelhecimento populacional. A partir desse processo acelerado o perfil da pirâmide triangular vem se modificando, a base que era composta por crianças e jovens e se afunilava conforme o aumento da idade, passa a se transformar de forma radical, com inversão da pirâmide nos próximos anos.

A partir desse contraste epidemiológico e demográfico crescente também há preocupação com a criação de política públicas, estudo e pesquisa, qualidade de vida, e

com as implicações que essa mudança repentina representa para o idoso, família e sociedade.

Segundo Fechini e Trompieri (2012), o tema envelhecimento inclui diversos assuntos, pois trata-se de processo único e heterogêneo, com aspectos que interferem diretamente no estilo de vida, condições socioeconômicas, e próprio processo de envelhecimento (senescência e senilidade).

A senescência é identificada pelo processo natural do envelhecimento sem a presença de qualquer doença, é processo de diminuição da reserva do processo funcional. Já a senilidade é o envelhecer com presença de patologias que geram sobrecarga e que requerem assistência a esse idoso senil (BRASIL, 2011).

Segundo Brasil (2011), dois erros são bastante comuns cometidos pelas equipes de saúde, pois os sintomas relacionados a senescência e senilidade são tênues para avaliação. Deste modo é necessário redescobrir as possibilidades de melhor qualidade de vida, possibilitando reconhecimento das potencialidades dos idosos no contexto familiar.

Segundo Veras (2008), o Brasil é “país jovem de cabelos brancos” onde projeta-se que a cada ano 650 mil idosos são lançados a sociedade, sendo que destes a grande maioria são portadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e ou limitações funcionais.

O Brasil em cerca de 40 anos passou de população com altas taxas de mortalidade em pessoas jovens para um país evidenciado por grandes números de pessoas com doenças crônicas e morbimortalidade, o que se torna característico de países longevos, levando a altas demandas de cuidados, tratamentos contínuos, e alto índice de exames e procedimentos rotineiros (VERAS, 2012).

Desta forma Silva et al., (2015) e Veras (2008) abordam que o envelhecimento populacional se aplica ao aumento de doenças crônicas na população, incapacidades e aumento pela procura dos serviços de saúde com qualidade, porém deve-se considerar-se que na velhice as doenças crônicas e suas atribuições não são consequências inevitáveis do envelhecimento, sendo sempre a em vista que prevenção a melhor tratamento.

Ao envelhecer com senilidade, destaca-se o alto índice de idosos que apresentam diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes e hipertensão que são principais fatores de risco para a insuficiência renal crônica.

3.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Segundo Silva et al., (2015), as DCNT são apresentadas em taxas elevadas na população idosa e são caracterizadas por histórico de múltiplas etiologias e incapacidades funcionais e estão diretamente associadas a fatores de risco como tabagismo, etilismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade entre outros que levam a doenças crônicas não transmissíveis como distúrbios do sistema circulatório e diabetes, que são fatores de risco ligeiramente ligados a Doença Renal Crônica (DRC) (MOURA et al., 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o número crescente de idosos em todo mundo é relativamente proporcional ao aumento de mortes por doenças crônicas não transmissíveis nos últimos anos, sendo responsável por cerca de 60% das mortes no mundo, em 2008. No Brasil em 2013 foi causa 72,6% das mortes (BRASIL, 2014).

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, 31,4% dos usuários em tratamento hemodialítico são pessoas com idade entre 65 a 80 anos ou mais. Lembrando que essa porcentagem não contabiliza idosos com faixa etária entre 60 a 64 anos (SBN, 2016).

No envelhecimento é característica normal a diminuição da funcionalidade de órgãos e do organismo. A doença renal crônica se difere da doença renal aguda, pois apresenta implicações com duração de três meses ou mais (SMELTZER et al., 2017). “A Doença Renal Crônica acelera as alterações metabólicas, a perda da reserva funcional, potencializando o processo de envelhecimento” (MEIRA et al., 2016 p. 387).

Na DRC os fatores de risco mais diretamente relacionados, são diabetes, hipertensão, glomerulonefrite, doenças cardiovasculares, histórico familiar, insuficiência renal aguda e a idade, ou seja, ser idoso (DRAIBE, 2014).

Segundo Draibe (2014), a insuficiência renal crônica se caracteriza por anormalidade na funcionalidade dos rins, caracterizado pela redução da taxa de filtração glomerular.

Quando a doença renal crônica atinge o estágio cinco, ocorre a necessidade de filtração extracorpórea, pois é caracterizado falência funcional renal (FFR), ou seja, o estágio mais avançado observado na DRC conhecido também como Insuficiência Renal Crônica (IRC) ou Doença Renal Terminal (DRT) (SMELZTER et al., 2017; DRAIBE, 2014).

O rim tem função de filtrar as toxinas do corpo e excreta-lo pela urina. Como consequência do declínio da função renal, o rim apresenta dificuldade de regulação e

excreção dos produtos finais do metabolismo, fazendo com que os mesmos fiquem acumulados na corrente sanguínea, levando ao quadro conhecido como uremia, que gradativamente afeta todos os sistemas do organismo, logo, quanto menor a taxa de filtração glomerular dessas toxinas, maior é a percepção dos sinais e sintomas (SMELTZER et al., 2017).

Alguns achados são característicos além da diminuição da TFG da IRC como a retenção de sódio e água, a acidose metabólica, a anemia, a diminuição da meia vida dos eritrócitos, e o desequilíbrio do cálcio e fosforo. A presença destes achados clínicos, levam também ao surgimento de alguns sinais e sintomas que auxiliam na identificação da IRC (POLITO, 2014).

A DRC principalmente nas fases iniciais nem sempre é seguida por sinais e sintomas, porém são altamente perceptíveis em fases mais avançadas e são apresentados como: Fraqueza e fadiga, confusão neurológica, inquietação nas pernas, hipertensão, edema, falta de ar, taquipneia, hálito urêmico, perda da força muscular, câimbras e o mais característico a anúria (SMELTZER et al., 2017).

A doença renal crônica não possui cura, exceto pelo transplante renal. O tratamento é realizado para manter a homeostase e função renal por um maior período de tempo. O tratamento da DRC se dá por três vias, a farmacológica, nutricional, que são consideradas via de tratamento conservador, e pela dialise, que podem ser usados em conjunto ou separadamente. O tratamento farmacológico é feito com o uso de ligantes de fosfato, suplemento de cálcio, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes e eritropoietina. A via Nutricional que se dá para regulação a partir de restrições de sódio, proteína, líquidos e potássio. A dialise também é um tipo de tratamento onde é necessária para a filtração extracorpórea dos produtos tóxicos da metabolização do sangue e efetuar o equilíbrio hidroeletrólítico (SMELTZER et al., 2017).

3.3 DIALÍSE RENAL (HEMODIALÍSE)

Segundo o Censo Brasileiro de Dialise (2012), em pesquisa por dados levantados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em 2012 foi estimado que 97.586 pessoas realizaram tratamento de terapia renal substitutiva (TRS), contrastado com 42.695 pessoas em tratamento no ano 2000, ou seja em 12 anos houve o aumento de mais do que o dobro de usuários, cerca de 54.891 novos usuários nesse intervalo de tempo. Dentro

desta estimativa, cerca de 31,9% são de pessoas entre 65 a 80 anos ou mais (SESSO et al., 2012).

A TRS corrige grande maioria dos sintomas perceptíveis pelo usuário, levando melhora no seu estado clínico, e provocam mudanças na qualidade de vida desses indivíduos (LOPES, 2014). A dialise renal é uma terapia de substituição renal e além do transplante renal pode estar compreendida em dois aspectos: dialise peritoneal (DP) ou pela hemodiálise (HD) (SMELTZER et al., 2017).

A dialise peritoneal é realizada pelo próprio usuário em domicílio, é efetuada através de um cateter abdominal na cavidade peritoneal com soluções dialisadoras estéril apropriada para essa prática. As toxinas tendem a migrar pelo peritônio, para o sangue e então para o líquido que é drenado juntamente com as toxinas, realizando também o balanço hidroeletrólítico. Para essa prática é necessário um alto esclarecimento do usuário e condições adequadas, avaliadas pela equipe de saúde (RIELLA, 2010).

A hemodiálise é a terapia mais utilizada, na IRC e pode ser utilizada na IRA como tratamento pontual, quando necessário, e por portadores de DRT por longo prazo. (SESSO et al., 2012).

A hemodiálise é o tratamento que realiza a filtração sanguínea extracorpórea, e substitui a função renal nesse aspecto, porém a HD não compensa a perda das atividades metabólicas e endócrinas do sistema renal para o organismo. (SMELTZER et al., 2017).

A circulação extracorpórea da HD consiste em um sistema de difusão e osmose, em que o usuário se liga a uma máquina que bombeia o sangue corpóreo, até o dialisador que age como uma membrana substituindo os glomérulos e os túbulos renais, retendo as toxinas, o excesso de eletrólitos e efetuando o balanço hidroeletrólítico, e ao final devolve o sangue para o usuário. Esse processo, é repetido por inúmeras vezes, filtrando o sangue ao máximo possível (SMELTZER et al., 2017). Esse tratamento demanda normalmente da disponibilidade de três a quatro vezes por semana durante 3 a 4 horas por dia, em local apropriado, geralmente em clínica especializada ou hospitais (RIELLA, 2010)

Para a realização desse tratamento é necessária que uma via de acesso vascular seja estabelecida, o que pode ser realizado com cateter central, ou a partir da formação de Fístula Artério Venosa (FAV) (RIELLA, 2010).

O acesso por cateter central, pode ser via inserção de cateter em jugular, subclávia ou femoral. Esse meio é utilizado em casos de emergência, ou para terapia em casos de IRA. Por ser um meio propício a grandes infecções, trombose essa via não é utilizada por

longo período de tempo, ou até maturação da fistula artério venosa (SMELTZER et al., 2017).

A Fistula Artério Venosa é o método permanente de acesso vascular, para o portador de DRT e que realizam continuamente este tratamento. Para sua formulação que consiste na união de uma artéria (radial) com uma veia (cubital mediana), normalmente no antebraço sendo necessário um procedimento cirúrgico. Essa fistula é puncionada toda vez que o usuário necessita do tratamento, onde sua funcionalidade arterial serve para a retirada do sangue para o dialisador e o venoso serve para infusão do sangue dialisado. Para utilização dessa via é necessário a espera de dois a três meses para sua maturação, ou seja, para que ocorra a dilatação venosa devido à pressão exercida pelo sangue vindo da artéria. (SMELTZER et al., 2017).

“O número crescente de indivíduos idosos em hemodiálise representa um desafio particularmente difícil ao estabelecimento e manutenção de acesso vascular adequado, devido a fragilidade venosa.” (PEREIRA et. al., 2014 p. 1126)

O tratamento hemodialítico nos tempos atuais, vem com um tratamento muito mais amplo do que simplesmente de filtrar o sangue a fim de evitar a morte desses portadores de insuficiência renal por hiper/hipovolemia, mas sim procura também promover uma melhor qualidade de vida e reiteração social destes usuários, mesmo tendo em vista a alta demanda de tempo e cuidados que é demandado pelo tratamento (PEREIRA et. al., 2014 apud Moraes 2009)

3.4 GERONTOTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS

Segundo Bouma (1992) o termo Gerontotecnologia se define como o estudo das necessidades que surgem a partir do envelhecimento, e que se busca soluções através da tecnologia para promover melhora na qualidade da vida diária dos idosos.

As gerontotecnologias podem ser compreendidas e inseridas mediante realização de folders, cartilhas, calendários educativos, jogos, além softwares, possibilitando novas ações de promoção da saúde, campo este que a enfermagem vem se destacando para educação/promoção saúde (HAMMERSCHMIDT, 2011).

Historicamente, identifica-se tecnologia como “saberes que derivaram de técnicas utilizadas pelos seres humanos para sua sobrevivência frente a fenômenos da natureza” (LORENZETTI, 2012 p. 433).

As tecnologias são compreendidas em três categorias leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve compreende as relações propriamente ditas, a leve-dura corresponde as normas, protocolos e conhecimentos, e a dura é caracterizada pelos equipamentos (MERHY et al., 2004)

Segundo Lorenzetti (2012), a ciência e a tecnologia surgem para proporcionar uma melhora na qualidade de vida das pessoas, sendo instrumentos importantes para serem utilizados na área da saúde e em tratamentos. A gerontotecnologia educativa surge com esse propósito, de construir conhecimento que possibilite através de recursos pedagógicos promover a saúde, possibilitando a integração do enfermeiro com o idoso e família, trazendo a educação e o conhecimento como instrumento de empoderamento dos idosos e familiares para o cuidado (SANTOS, 2013).

As gerontotecnologias educacionais, relacionadas ao cuidado de enfermagem em pessoas com DCNT, auxiliam no desenvolvimento da consciência crítica, que viabiliza ao idoso uma melhor percepção da possibilidade de se viver com qualidade de vida, encontrando sentido para um modo de viver (HAMMERSCHMIDT, 2011).

Cavalcante et al. (2011), certificam que os com insuficiência renal submetidos a HD sofrem com grandes alterações na rotina, desesperança, desgaste físico e emocional. A HD ocupa um tempo muito longo desses usuários por sessão, tornando esse tempo “perdido” e monótono para a maioria dos usuários.

Conforme aborda Centenaro (2010), os idosos são mais susceptíveis a sentir efeitos adversos do tratamento, sendo que a depressão é diagnóstico comum entre esses idosos, podendo estar relacionado ao medo constante de estarem mais próximos da morte.

Neste sentido, destaca-se a problemática da importância do preenchimento desse tempo “livre” com atividades lúdicas e educacionais, as quais atuam no fortalecimento de laços afetivos desses usuários com a equipe de saúde e de enfermagem (CAVALCANTE et al., 2011).

Segundo Mariano et al., (2013), o jogo aparece como ferramenta para modificar o paradigma de ação educativa no cuidado e promoção à saúde, pois o lúdico contempla critérios de uma aprendizagem efetiva, e o conhecimento gerado a partir da atividade lúdica pode ser transportado para o campo da realidade.

Segundo Ferreira (2017), as tecnologias educacionais levam a aprendizagem e ao desenvolvimento de habilidades, a partir de novos conhecimentos e novos moldes de autocuidado. A partir disso, torna-se necessário adotar abordagem centrada no idoso,

a fim de proporcionar funcionalidade, acessibilidade, usabilidade e aceitabilidade para a realização de suas atividades de vida diária.

As gerontotecnologias educativas são importantes ferramentas para se conhecer os indivíduos, e identificar as questões que necessitam de ações voltadas à prevenção de doença e promoção da saúde, de vulnerabilidade e fragilidade, dentre outros que podem acometer os idosos (HAMMERSCHMIDT et al., 2015).

Com isso, a construção das gerontotecnologias educacionais, como instrumento constituinte para a assistência de enfermagem e para o cuidado com o idoso, torna-se importante para o indivíduo, família e sociedade.

Levando-se em conta a lacuna de trabalhos científicos a cerca dessa temática na literatura Brasileira, fica o desafio a ser pesquisado, para que assim seja mais incorporado a assistência, auxiliando cada vez mais esses idosos a terem uma boa percepção sobre, conhecimento acerca do seu processo saúde/doença (HAMMERSCHMIDT et al., 2015).

Lucca (2017), traz em sua pesquisa a criação da gerontotecnologia “jogo das atitudes” e ressalta a importância do reconhecimento das necessidades de saúde, apresentadas acerca da realidade de cada grupo, pois essas informações fornecem dados importantes, permitindo ao profissional enfermeiro desenvolver metodologias de cuidado, contemplando as especificidades apresentadas por cada indivíduo.

3.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A carta de Ottawa é documento de intenções que foi entregue na primeira Conferência de Promoção a Saúde, em Ottawa no Canadá onde, de forma universal, busca contribuir para as políticas de saúde em todos os países. A carta de Ottawa (1986) exalta a extrema importância da promoção da saúde como pilar para o desenvolvimento da sociedade, aponta também a influência do ponto de vista social para a saúde dos indivíduos, sendo indagada como o processo que gera uma melhor qualidade de vida (HEIDMANN et al., 2006).

Segundo a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) (2006), a promoção da saúde tem como objetivo promover uma melhora na qualidade de vida, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos dos indivíduos, através de melhores condições de trabalho, moradia, educação e saúde. A Promoção da Saúde se articula as demais políticas nacionais do sistema de saúde, permitindo agilidade nas necessidades de saúde apresentadas pela sociedade na questão saúde. Neste sentido, a promoção da saúde e a

vigilância em saúde se articulam para que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulam a participação social na sua produção e ação (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a promoção da saúde é mecanismo articulado, onde fortalece e implementa políticas transversais, com os setores público e privado, o Estado e a sociedade, indivíduo e comunidade, compondo-se de corresponsabilidade promovendo uma melhor qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Segundo Candeias (1997), os termos de promoção da saúde e educação em saúde são facilmente confundidos, afetando o entendimento e a qualidade das ações desenvolvidas, portanto entende-se educação em saúde como aprendizagens que visam facilitar as ações que dizem respeito a saúde, são estudos levados ao conhecimento das pessoas com a intenção em promover esse conhecimento, possui um perfil que visa a mudança no ser mais individual. A promoção da saúde atua em paralelo, e a educação sempre está incluída nesse aspecto, combinada a esses apoios educacionais e ambientais, que possibilitem condições de vida que contribuam a saúde, em uma razão mais provocativa à mudanças organizacionais, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população.

Portanto, o jogo das atitudes efetua a promoção da saúde, pois além de levar o conhecimento mais individualizado ao idoso com doença renal crônica, promove melhora na qualidade de vida e o no bem-estar destes idosos. age possibilitando um novo meio de educação em saúde para a equipe que o acompanha.

De acordo com a portaria nº 2.607 de 10 de dezembro de 2004, a promoção da saúde é uma das estratégias/ferramentas designadas a promover a redução de agravos, e controlar o quadro clínico, promovendo uma melhor qualidade de vida a pessoas idosas e principalmente a idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, proporcionando um melhor entendimento da sua condição saúde/doença pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

A portaria nº 1168 de 15 de Junho de 2004 que Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, traz como compromisso da atenção básica realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como as ações clínicas para o controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e das doenças do rim que possam ser realizadas neste nível (BRASIL, 2004).

Frazão (2015), destaca a importância dos cuidados de enfermagem para esse idoso, principalmente pela formação do vínculo e a confiança a expressar suas limitações ocasionadas pela doença/tratamento.

6 MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa, convergente assistencial, que visa desenvolver estratégias para a promoção da saúde a partir da aplicação da gerontotecnologia educacional, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida a esses idosos com doença renal crônica.

A metodologia para a pesquisa seguiu o pressuposto pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Esse método tem como objetivo a pesquisa com a inserção em meio a prática assistencial em enfermagem, nos diversos meios da área de atuação em enfermagem ou onde exista prevenção, restauração e promoção (TRENTINI; PAIM. SILVA, 2014).

Esse método foi lançado no ano de 1999 pelas Dras. Mercedes Trentini e Lygia Paim. Enfermeiras, brasileiras, e é dividido em: fase de concepção, fase de instrumentação, perscrutação e interpretação/análise.

6.2 FASE DE CONCEPÇÃO

Na fase de concepção preconizasse o contato prévio com a área e a temática do estudo a ser pesquisado, observando e se imergindo das práticas, avaliando assim as mudanças necessárias para a melhora da assistência e conseqüentemente do quadro clínico do usuário (TRENTINI; PAIM. SILVA, 2014).

A pesquisadora obteve contato prévio com o local e o tema a ser pesquisado, devido a participação do projeto de bolsa de pesquisa PIBIC intitulado: Idoso com Doença Renal Crônica: Clínica, Terapêutica, Prevenção e Políticas integradas para rede de saúde. Devido a essa participação em estudos e inserção nesse meio, foi possível observar a importância do impacto na qualidade de vida dos mesmos.

Com a identificação dessa realidade, realizou-se uma breve revisão de literatura a fim de ampliar o conhecimento teórico para fundamentar a importância pela qual, tal temática deve ser abordada e pesquisada.

6.3 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

A fase de instrumentação conceitua-se a partir da delimitação do espaço físico; dos participantes e dos meios de instrumentos para coleta dos dados necessários a serem utilizados na pesquisa (TRENTINI; PAIM. SILVA, 2014).

O estudo foi realizado na Unidade de Tratamento Hemodialítico (UTD) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernane de São Thiago da UFSC (HU), localizado no Campus Universitário de Florianópolis, no bairro Trindade. O hospital foi fundado no dia dois de maio de 1980 com o objetivo, segundo o Artigo II do regimento interno do hospital, prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária, ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam. A Unidade de Tratamento Hemodialítico, assim como o Hospital Universitário, seguem as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A UTD foi reformada no ano de 2014 para melhor atender normas preconizadas pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 50 da Anvisa, de 21 de fevereiro de 2002 e oferecer tratamento com mais qualidade e segurança ao usuário. A RDC 50 é a norma que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Atualmente a Unidade atende cerca de 45 usuários com insuficiência renal, sendo que destes 24 possuem 60 anos ou mais. O atendimento é dividido em três turnos de atendimento distribuídos entre as 07:00 às 19:00 horas, conta com 9 máquinas de diálise ambulatorial e com uma equipe multiprofissional a disposição destes pacientes.

O ambiente físico da Unidade conta com uma complexa sala para filtração e tratamento da água, e uma sala para intercorrências, as máquinas dialisadoras ficam dispostas em uma ampla sala de uso comum.

Os participantes do estudo foram idosos do sexo masculino e feminino em tratamento hemodialítico na UTD do HU/UFSC em todos os grupos e turnos. Foi utilizado como critério de exclusão, idosos portadores de deficiências visuais, doenças cognitivas e ainda classificação por score mínimo de escolaridade pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Após contato prévio com a enfermeira responsável pelo setor, os idosos foram contatados na unidade hemodialítica, para apresentação do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE), explicação das etapas e objetivos e assegurados do anonimato na pesquisa. Para Trentini, Paim e Silva, (2014) essa apresentação é de grande importância, pois leva os participantes a pensar e decidir sua participação na pesquisa.

Trentini, Paim e Silva (2014) defendem três tipos de métodos mais apropriados na coleta de dados, priorizados pelo método PCA que são: entrevista que pode ser aberta ou estruturada, observação e discussão em grupo, além disso, ressaltam a importância do uso de mais de uma técnica de levantamento de dados.

Levando em conta esses aspectos, e o objetivo do estudo, as técnicas de coleta de dados se deram através da observação participante, de entrevista aberta e semiestruturada.

Como o estudo trata-se de uma replicação de uma gerontotecnologia já existente, a pesquisadora prosseguiu três etapas. A primeira etapa consistiu em realizar o reconhecimento do local e ambientar-se com os participantes do estudo e levantar algumas informações como: dados sócios demográficos, necessidade de saúde, potencialidades e fragilidades desses idosos em tratamento hemodialítico. A segunda parte consiste na avaliação dessas demandas levantadas e avaliação dessa gerontotecnologia já existente para que assim, fosse avaliada a necessidade de alguma modificação na gerontotecnologia educacional para uma aplicação prática mais efetiva diante das necessidades levantadas e observada. A terceira e última parte consiste na aplicação prática dessa gerontotecnologia educacional, adaptada para o contexto apresentado.

A gerontotecnologia educacional aplicada, é intitulada jogo das atitudes, um jogo de cartas onde aborda os temas levantados a partir das necessidades de saúde, levantadas através da entrevista realizada, o jogo traz atitudes positivas e negativas relacionadas ao tratamento e ambas são abordadas e discutidas. As regras do jogo, bem como o jogo estão dispostos nos Anexos A e B respectivamente.

Tratando-se de replicação, todo o material aplicado em meio prático foi elaborado anteriormente por outra pesquisadora, sendo estes materiais disponibilizados no formato de anexos.

6.4 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

Na fase de Perscrutação, que é a fase de investigação/examinação, destaca-se o comprometimento se destaca o comprometimento do pesquisador com o

desenvolvimento teórico, além do comprometimento técnico para imediata aplicação, que levem a mudanças na assistência e desenvolvimento teórico. Esta fase, esta entrelaçada a fase de instrumentação e análise. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

“A perscrutação se caracteriza com uma procura minuciosa e profunda de condições para mudança em todo contexto. A perscrutação na PCA ocorre quando informações requerem mais propriedade para tornar realidade as mudanças”. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.46).

De acordo com Minayo (2013), a entrevista semiestruturada tem como objetivo guiar a produção de dados de forma estruturada, mas que permita o surgimento de elaborações de novas perguntas que contribuam com o objetivo proposto.

O instrumento para entrevista semiestrutura foi composto por perguntas fechadas (dados sociodemográficos) e abertas (com foco no objeto de estudo). As mesmas foram aplicadas através da entrevista com esses idosos, e estão disponíveis no Anexo C.

As entrevistas foram realizadas em uma sessão, com duração média de 1 hora e possibilitou o levantamento de dados e a identificação das necessidades de saúde.

A observação participante é ferramenta bastante utilizada para levantamento de dados de pesquisas qualitativas. Segundo Trentini; Paim e Silva (2014), ela é dividida em dois tipos de observação, a observação banal, que não possui um foco específico e que ocorre no meio comum sem intensão, e que faz parte da vida cotidiana de qualquer pessoa. E a observação direcionada que possui estrutura, foco direcionado a informações uteis para investigação científica, pois, o pesquisador já sabe o que procura e está treinado ao que observar.

A observação ainda pode ser subdividida em estruturada, ou não estruturada. A observação estruturada exige a presença de um instrumento guia para a pesquisa, enquanto a não estruturada equivale a observação participante, onde preconiza a inserção do pesquisador em meio ao setor, onde não se distingue o pesquisador dos demais pertencentes ao grupo (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A entrevista aberta na PCA é correspondida pela entrevista de conversação. A entrevista de conversação não necessita de um instrumento pré-elaborado que a conduza, pois não se difunde da prática assistencial e ocorre de maneira informal. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O modelo da PCA faz a articulação entre a pesquisa e assistência, o que permite esse modelo de entrevista de conversação. Embora ocorra essa articulação durante todo

esse processo a identidade de cada atividade deve ser preservada. A entrevista de conversação ocorre durante o tempo que o pesquisador permanece no local de assistência, possibilitando diversas entrevistas com o mesmo sujeito participante da pesquisa. A conversação ainda tem a característica de não possuir um tempo de início e um fim, o que possibilita assim a continuidade em todo o tempo em que o pesquisador permanece no lugar, o que favorece ao levantamento de informações mais confiáveis, pois esse modelo proporciona confiança do participante com o pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

6.5 FASE DE INTERPRETAÇÃO/ANÁLISE

A análise de pesquisas qualitativas é constituída de quatro partes: apreensão, síntese, teorização e transferência, que ocorrem de certa forma sequencialmente. Tratando-se de uma pesquisa qualitativa o método da PCA também preconiza esses quatro itens (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014)

6.5.1 Apreensão

A apreensão é a fase do primeiro estágio de análise. Conforme abordam Trentini; Paim e Silva (2014), o grande número de dados, pode gerar dificuldade para a análise e isso pode levar o pesquisador inicial a desprezar informações relevantes para o estudo, por isso o método da PCA orienta a organização das informações através de códigos.

Considerando os meios de levantamentos de dados, os códigos correspondentes são: NE (notas de entrevista semiestruturadas), NO (notas de observação) e NA (notas de entrevista aberta).

Após os códigos definidos, as informações foram elencadas em formato de quadro para uma melhor visualização, e assimilação dos dados encontrados, ordenando-os assim para próxima fase.

6.5.2 Síntese

A fase de síntese é onde o pesquisador deverá transformar seus dados brutos, diferentes e abstratos, em um produto coerente. Esta etapa mostra os dados mais relevantes para a concretização da pesquisa, e a partir dessas informações elencar

estratégias a serem adotadas de modo efetivo para a assistência e conseqüentemente para a pesquisa (TRENTINI; PAIM E SILVA, 2014).

6.5.3 Teorização

A teorização é o processo de reconstruções para que assim seja possível chegarmos ao resultado final. Nessa fase foi necessário descobrir os valores nos levantamentos de dados para caracterização das hipóteses e questionamentos (TRENTINI; PAIM E SILVA, 2014).

6.5.4 Transferência

A transferência é o último passo da metodologia da PCA, ela contextualiza as informações com a presunção de transição ou socialização. Para que ocorra a transferência desse conhecimento para materialização é necessário um processamento das informações (TRENTINI; PAIM E SILVA, 2014).

Durante esta fase de transferência, a autora refletiu sobre os resultados e conclusões encontradas para a prática profissional do enfermeiro no que se refere ao uso das gerontotecnologias educacionais para promoção da saúde dos idosos durante tratamento hemodialítico.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde- Conselho Nacional de Saúde, aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos tendo como finalidade assegurar a proteção aos participantes do estudo (BRASIL, 2013).

A partir disso, a coleta de dados só foi iniciada mediante leitura e preenchimento de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que manifesta a aceitação dos sujeitos quanto à participação, sendo fornecido alguns esclarecimentos quanto ao objetivo do estudo e a garantia do anonimato confirmado pelo TCLE. (APENDICE A)

O TCLE estabelece que os participantes do estudo estejam cientes dos riscos e benefícios, visando a proteção e segurança dos entrevistados (BRASIL, 2013).

Este projeto está incluído ao macroprojeto Idoso com Doença Renal Crônica: clínica, terapêutica, prevenção e políticas integradas para rede de saúde, aprovado no CEP conforme parecer consubstanciado 1.097.377 (ANEXO D).

7 RESULTADOS

Os dados resultantes da pesquisa, apresentam-se na forma de dois manuscritos, conforme preconizado pela normatização de apresentação do TCC do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

7.1 MANUSCRITO 1: IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS IDOSOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO PARA APLICAÇÃO DE GERONTOTECNOLOGIA EDUCACIONAL

RESUMO:

Com o crescimento da população idosa, aumenta a incidência de doenças crônicas como a doença renal crônica. A hemodiálise é tratamento mais utilizado e interfere diretamente sobre a qualidade de vida desses pacientes. O objetivo é identificar as necessidades de saúde apresentadas, por esses idosos em tratamento hemodialítico, para o desenvolvimento de gerontotecnologia educacional. O método utilizado é da Pesquisa Convergente Assistencial. Para levantamento dos dados foi utilizado da entrevista aberta e semiestruturada e observação participante. Participaram da pesquisa 12 idosos, onde foram obtidos dados sócio demográficos e suas necessidades de saúde e percepções sobre o processo de saúde doença. Foram identificados 5 temas, sendo eles: Prevenção e tratamento da doença renal crônica, Cronicidade, Conhecimento mínimo, Déficit de atividades, Libertação/ empoderamento. O reconhecimento destes temas se torna necessário para o direcionamento da abordagem de conteúdo das gerontotecnologias educacionais e se torna necessária para o planejamento do cuidado com qualidade da equipe de enfermagem. Promover a inclusão do idoso no seu tratamento gera empoderamento durante o processo de saúde e doença, possibilitando conhecimento para autocuidado e melhoria na qualidade de vida.

Descritores: Idoso; Insuficiência Renal Crônica; Dialise; Promoção da Saúde; Enfermagem; Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

O baixo crescimento populacional, devido a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da longevidade das pessoas com mais de 60 anos, incita aumento da população idosa no Brasil (IBGE, 2015). Com o envelhecimento populacional aumenta a probabilidade da incidência de doenças crônicas. Dentre estas a hipertensão arterial (HAS) e o diabetes mellitus (DM), principais agravos que mais acometem os idosos (DRESCH et al., 2017).

Segundo o censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, a HAS e a DM somaram juntas total de 64% da amostra de diagnósticos de doença renal primária, ou seja, se caracterizam com os principais fatores de risco para doença renal crônica (SESSO et al., 2016).

A DRC não atinge exclusivamente pessoas idosas, porém é o grupo mais acometido pela doença, está relacionado a alterações estruturais e desgaste funcionais nos rins acarretados pela idade e pelo aumento incidência de doenças crônicas não transmissíveis. A DRC conceitua-se pela significativa redução da taxa de filtração glomerular, ou seja, a filtração das toxinas presentes na corrente sanguínea que é feita pelos rins, afetando todos os sistemas do organismo, quanto maior acúmulo dos produtos de degradação maior os sintomas apresentados (SMELTZER et al., 2017; SBN, 2016).

Para a manutenção e equilíbrio das funções biológicas da vida, o tratamento mais utilizado pelos pacientes renais crônicos é a hemodiálise. A hemodiálise consiste em terapia de substituição renal extracorpórea, é realizada pela ligação do paciente a máquina hemodialítica através de uma punção arteriovenosa, onde filtrara as toxinas presentes na corrente sanguínea. O tratamento é cansativo e extenuante, visto que o paciente necessita dispor de cerca de 4 horas por dia, de duas ou três vezes por semana, pois o complexo tratamento é realizado em clínica especializada e ou hospitalar (SBN, 2016).

Alguns estudos apontam que a rotina de tratamento, conjugada com difícil adaptação as restrições geram desconfortos e mecanismos de enfrentamento nos idosos, como ansiedade, isolamento social, depressão e alterações na qualidade de vida. (HORTA; LOPES, 2017; COSTA; COUTINHO 2016; OTTAVIANI et al., 2016)

Diante destes fatos, a enfermagem tem potencial para estimular a promoção da saúde dos idosos, mediante utilização de métodos que incitem melhora na assistência desses pacientes em tratamento hemodialítico. Deste modo este trabalho tem como objetivo identificar as necessidades de saúde auto relatadas pelos idosos em tratamento hemodialítico, para o desenvolvimento de gerontotecnologia educacional, que tem como finalidade promoção da saúde.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), do tipo qualitativa e que articula pesquisa, assistência prática e os sujeitos envolvidos, a partir de

uma necessidade observada na prática do cuidado. A metodologia descrita compõe-se de quatro etapas a serem seguidas: concepção, instrumentação, perscrutação e análise (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na fase de concepção, o contato com o campo se deu a partir do envolvimento da autora como bolsista de iniciação científica nos anos de 2015 a 2017 no macroprojeto intitulado: Idoso com doença renal crônica: Clínica, terapêutica e políticas integradas para a rede de saúde. Tal envolvimento permitiu o contato prévio com o campo prático de assistência à saúde a idosos portadores de doença renal crônica, e a identificação do tema de pesquisa, para que assim fosse realizada a revisão de literatura e a definição do marco teórico.

Na segunda fase da pesquisa, a Instrumentação, que é composta dos procedimentos metodológicos ditos como, a escolha do espaço físico a ser campo de estudo e pesquisa, a escolha dos participantes e a escolha da forma de coleta de dados para posterior discussão (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O estudo foi realizado na Unidade de Tratamento Hemodialítico de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Com atendimento 100% SUS, onde são atendidos 45 pacientes com insuficiência renal, sendo que destes 24 são idosos. Na unidade é possível o atendimento de nove pessoas por turno.

Para atender esses idosos durante o tratamento, a unidade conta com 3 Enfermeiros, 12 técnicos de enfermagem, 1 bolsista, além do suporte médico, de assistentes sociais e nutricionistas, conforme necessidade de cada paciente.

A pesquisa foi realizada com os idosos, do sexo feminino e masculino que realizam hemodiálise em ambos os grupos e que tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão foi usado o diagnóstico de doenças mentais, deficiência visual e a classificação por score do Mini exame do estado mental (MEEM)¹. Com isso, os participantes foram contatados para esclarecimento dos objetivos, vantagens e desvantagens da participação na pesquisa, bem como apresentados ao TCLE.

Considerando que a PCA prioriza a triangulação de métodos e técnicas de coleta de dados, foram utilizados a observação participante, entrevista aberta e semiestruturada.

¹ O MEEM é um teste de rastreio cognitivo com score final de 30 pontos onde avalia uma série de categorias como orientação, registro, atenção e cálculos, linguagem, repetição, comandos motores.

Primeiramente o contato foi realizado com a enfermeira responsável do setor via e-mail, explicando os objetivos da pesquisa e o cronograma de realização do levantamento de dados e os indivíduos participantes do estudo. Posteriormente a pesquisadora foi até a unidade para aplicação do MEEM com os idosos para classificação dos indivíduos para participação da pesquisa. Após a classificação usando o grau de escolaridade de Bertolucci et al. (1994)², foi realizada a seleção desses idosos, para a aplicação da entrevista semiestruturada, aberta e observação participante. Para então codificação dos dados obtidos a partir dados sócios demográficos, necessidade de saúde, potencialidades e fragilidades desses idosos em tratamento hemodialítico para a aplicação da gerontotecnologia.

Tratando-se de replicação de gerontotecnologia já existente, e partindo do pressuposto pela PCA, os dados encontrados através das necessidades dos idosos foram comparados aos códigos encontrados pela pesquisadora criadora da gerontotecnologia educacional “Jogo das Atitudes”, traçando assim a avaliação da compatibilidades das necessidades encontradas e adaptação da gerontotecnologias caso fosse necessário.

A forma de registro dos levantamentos de dados se deu por meio de gravação de áudio com a transcrição das entrevistas, e anotações em forma de diário.

A terceira fase da PCA é denominada fase de perscrutação. É nessa fase que se examinou/investigou o proposto do meio de coletas de dados e que se infunde a fase de instrumentação e análise de dados. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Referindo-se a uma replicação de modelo de pesquisa (LUCCA, 2017), o instrumento norteador para entrevista semiestruturada utilizado para o levantamento das informações havia sido previamente criado pela autora. O instrumento conta com questões abertas com enfoque nos dados sócio demográficos e fechadas, com objetivo no enfoque do estudo.

Os dados foram classificados em NE, NO, NA. Que representam notas de entrevista semiestruturada, nota de observação e nota de entrevista aberta, respectivamente. Após essa codificação, os dados foram digitados em formato de planilha afim de melhor verificação e visualização, para utilização da próxima etapa. Portanto, os dados obtidos foram separados em categorias com o requisito de similaridade entre as respostas obtidas entre os pesquisados.

² Bertolucci et al., descreve o uso da escolaridade como critério para estabelecer pontos de corte no MEEM. Para analfabetos a pontuação é de 13 pontos, para baixa ou média escolaridade 18 pontos e para alto nível de escolaridade 26 pontos.

A quarta e última etapa da análise é o processo de transferência. Sendo assim, durante esta fase a autora buscou refletir sobre os resultados e conclusões encontradas na prática profissional do enfermeiro no que se refere ao uso das gerontotecnologias educacionais para promoção da saúde dos idosos durante tratamento hemodialítico.

Os aspectos éticos seguem a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde- Conselho Nacional de Saúde, em que aprova as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos tendo como finalidade assegurar a proteção aos participantes do estudo (BRASIL, 2013).

Este projeto está incluído ao macroprojeto Idoso com Doença Renal Crônica: clínica, terapêutica, prevenção e políticas integradas para rede de saúde, aprovado no CEP conforme parecer consubstanciado 1.097.377.

RESULTADOS

Do total de 45 indivíduos com doença renal que realizam hemodiálise na unidade hemodialítica, 24 são idosos. Destes, três não aceitaram participar da pesquisa por sentirem-se indispostos durante a diálise renal. A partir do critério de exclusão preliminar elencado na metodologia foram excluídos da pesquisa dois idosos com deficiência visual e um com diagnóstico de doença cognitiva (Alzheimer), resultando no total de 18 idosos que se encontravam habilitados para aplicação do MEEM. A aplicação do MEEM ocorreu pela entrevistadora nos 18 idosos durante a sessão de hemodiálise. Com a aplicação do MEEM foi possível identificar que os idosos que efetuam o tratamento hemodialítico através da fistula artério venosa (FAV) possuem alteração na avaliação motora do mini mental, por terem a limitação de movimento enquanto estão ligados a máquina de tratamento hemodialítico. Deste modo os idosos com FAV não realizaram a parte da avaliação motora, onde foi elencado a pontuação de dois pontos correspondentes ao tema de avaliado. No quadro 1 está representado a pontuação obtida por cada participante, juntamente com sua classificação fundamentada por escolaridade segundo Bertolucci et al., (1994).

Quadro 1- Pontuação/ classificação do MEEM.

CLASSIFICAÇÃO PELO MEEM				
CODIGO ID.	PONTUAÇÃO MEEM	SCORE BERTOLUCCI et al.,	ESCOLARIDADE	ACESSO
ID01	23	18	Fundamental incompleto	CATETER

ID02	26	26	Ensino superior	CATETER
ID03	27	18	Fundamental completo	CATETER
ID04	29	18	Superior incompleto	CATETER
ID05	20 + 2	13	Nunca foi a escola, lê e escreve pouco	FISTULA
ID06	22 + 2	18	Fundamental incompleto	FISTULA
ID07	05 + 2	13	Nunca frequentou a escola	FISTULA
ID08	28	26	Superior completo	CATETER
ID09	12 + 2	18	Fundamental incompleto	FISTULA
ID10	20	18	Fundamental incompleto	CATETER
ID11	5	18	Fundamental incompleto	CATETER
ID12	16	18	Fundamental completo	CATETER
ID13	24	26	Superior completo	CATETER
ID14	27	18	Fundamental completo	CATETER
ID15	15 + 2	18	Fundamental completo	FISTULA
ID16	20	18	Fundamental completo	CATETER
ID17	26	18	Fundamental incompleto	CATETER
ID18	25 + 2	18	Fundamental completo	FISTULA

Fonte: pesquisa (2018)

Após verificado a pontuação obtida pelo MEEM 6 idosos não atingiram a pontuação mínima preconizada por Bertolucci et al., (1994) sendo excluídos da pesquisa.

Participaram do estudo 12 idosos, sendo seis do sexo feminino e seis do sexo masculino com idades entre 61 e 81 anos com média de idade de 66,75 anos entre os participantes.

Após a aplicação da entrevista semiestruturada realizada com estes idosos, obteve-se os dados sócio demográficos, e o comparativo de tempo diagnostico/ tempo tratamento dispostas a seguir nos quadros 2 e 3 respectivamente.

Quadro 2- Dados sócio demográficos

CARACTERÍSTICAS	VARIAÇÃO	TOTAL
Sexo	Feminino	6
	Masculino	6
Idade	61 a 69 anos	8
	70 a 79 anos	3
	80 anos ou mais	1
Número de filhos	1	1
	2	2
	3	1
	4	4
	5	2
	8	1
	12	1
	Nunca foi a escola, escreve e lê pouco	1
	Fundamental incompleto	4

Escolaridade	Fundamental completo	4
	Ensino médio completo	1
	Ensino Superior completo	2
Cuidador	Sim	10
	Não	2

Fonte: pesquisa (2018)

Os cuidadores apontados no estudo, são familiares, sendo que nenhum possui cuidador formal, ou que ganham algum tipo de remuneração. Sendo que cinco dos idosos tem seu cônjuge como cuidador principal, quatro são cuidados por seus filhos e ou noras, e dois não possuem cuidador.

Tendo em vista que a doença renal crônica ocorre de forma lenta e gradual, sem grandes indícios de sinais e sintomas, o quadro três apresenta o tempo de tratamento hemodialítico.

Quadro 3- Tempo de tratamento hemodialítico no HU.

Tempo de tratamento Hemodialítico no (HU)	Tempo	Nº Indivíduos
	2 meses	1
	4 meses	1
	5 meses	2
	9 meses	1
	1 ano	4
	2 anos	2
	5 anos	1

Fonte: pesquisa (2018)

Destes, apenas um idoso apresentou diagnóstico um ano antes de iniciar o tratamento dialítico, sendo que os demais iniciaram tratamento imediatamente após o diagnóstico. Considerando também que apenas um idoso iniciou tratamento em outra Unidade de Tratamento Hemodialítico.

Juntamente com os dados sócio demográficos, obteve-se dados identificados como necessidades de saúde dos idosos em tratamento hemodialítico, essas necessidades foram identificadas através de trechos das falas das entrevistas realizadas. Efetuada a identificação foi criada a codificação de categorias das falas por similaridade, apresentando os trechos das entrevistas no quadro quatro.

Quadro 4 – Necessidades de saúde, codificadas a partir dos trechos das falas.

CATEGORIA	TRECHOS DA ENTREVISTA
Desconhecimento da etiologia e perspectiva da DRC	ID11: “A dúvida que eu tinha antes era o porquê hoje eu estou na hemodiálise.” ID10: “Dúvida se eu ficarei bom um dia, não posso fazer transplante.” ID8: “Tenho, as vezes não sei se vai dar certo, como funciona.” ID5: “Eu tinha muita dor nas costas, e sempre fazia exames, o médico de lá sempre falava que tava tudo certo e que meu problema era coluna, mas quando parei no hospital e trouxe meus exames antigos a medica daqui me disse que eu já tinha problemas de rins. Mas, nunca me explicaram, as vezes vem alguém me dar parabéns pelos meus exames, mas eu faço tudo por conta, devo fazer certo.”
Doença crônica/impossibilidade de cura/desesperança.	ID1: “Não, acho que sei o que tenho que saber, sei que principalmente não tem cura e não posso fazer nada, agora é isso pro resto da minha vida.” ID6: “Não, sei que isso é até o fim da vida. Não tem cura, não tem o que fazer.” ID7: “Eu sou da área da saúde, sei o que tenho que saber, e me incomodo com isso.”
Busca por informação/Orientação.	ID5: “Gostaria de ter mais informações, informação nunca é demais.” ID10: “Sempre que tenho dúvida, a enfermeira explica tudo sobre a doença.” ID11: “Sim, eu tenho uns informativos, tenho bastante coisas em casa, mas sempre é bom aprender mais.”
Tempo ocioso na sala de espera para início da hemodiálise	ID3: “Vou no banheiro, depois sento e espero.” ID4: “Sento, converso até eles me chamarem pra pesar.” ID5: “Eu sento e espero e logo me da nos nervos.” ID10: “Comprimento a turma, dou bom dia, sento e espero.” ID11: “Chego, comprimento o pessoal, sento, espero ser conectado a máquina.” ID12: “Nada, sento e espero chamar para pesar.”
Falta de atividades durante sessão de hemodiálise.	ID1: “Nada, não consigo dormir, e a tv não enxergo direito, sempre fico longe da tv.” ID9: “Comer, falar, dormir.” ID10: “Não consigo dormir, na tv não passa nada de bom, sento aqui e fico observando.”
Busca de alternativas para distração durante sessão de hemodiálise.	ID3: “Não faço nada, assisto tv as vezes, mas as vezes fico longe, dai durmo.” ID4: “Eu rezo, olho tv quando dá, fico escutando o que acontece.” ID5: Vejo tv, as vezes durmo um pouquinho.” ID6: “Durmo, vejo tv.” ID7: “Vejo tv, fico no celular” ID8: “Pensar, descansar, ver tv” ID11: “Converso, fico no celular, até que minha sessão é animada.”
Atividades comemorativas realizadas na hemodiálise: bingo da nutrição	ID3: “Teve uns brindes perto do natal, era sobre as comidas, era daquele pessoal que fala o que é bom a gente comer.” ID4: “Só umas mulheres que passam as vezes para explicar a hemodiálise, acho que são assistente social.” ID9: “Ahhh no natal até teve brindes da nutrição, lembrei agora, eu amei, foi divertido.” ID10: “Não, nada. No ano passado foi feito um bingo sobre comida. Eu gostei bastante, ajudou a passar o tempo.” ID11: “As vezes a nutricionista faz bingo com a alimentação que é adequada pra nós, eu gosto muito, o tempo passa mais rápido.”

	ID12: “Nenhuma, o bingo da nutrição foi bom, aprendi bastante coisa.”
Medo de participar bingo da nutrição	ID1: “Teve um bingo esses tempos, mas não quis participar achei que era difícil e eu não ia saber participar, depois achei legal, as pessoas se divertiram... Gostaria que tivesse mais vezes o bingo para eu poder participar, agora eu já sei como é, achei legal!” ID5: “Nenhuma, uma vez teve, mas não participei, achei que não ia saber brincar.”
Limitação (auto referidas) para realizar atividades durante a sessão de hemodiálise	ID3: “Era bom se a gente pudesse, tivesse condições! o tempo ia passar mais rápido.” ID4: “É legal se tivesse, as vezes fico louco, não tem ninguém pra falar, sou falante, gosto de conversar, seria muito bom e proveitoso, mas não consigo imaginar o que fazer aqui, amarrado nessas máquinas.” ID10: “Sim, gostaria, apesar de não poder fazer nada por conta dessa máquina.”
Falta de vontade/desmotivação, em realizar atividades durante sessão.	ID2: “Não, eu gosto de ficar sossegado.” ID6: “Não, é bom descansar.”
Intenção de atividades durante a sessão.	ID1: “Sim, gostaria que tivesse mais vezes o bingo para eu poder participar, agora eu já sei como é, achei legal!” ID5: “Sim, bom pra distrair e o tempo passa mais ligeiro.” ID7: “Eu gosto de descansar, mas alguma atividade mais tranquila, no leito eu gostaria.” ID8: “Gostaria de crochê, pintura, nunca joguei.” ID9: “Gostaria de cuidados pessoais, atividades para passar o tempo, essas 4 horas que não passam.” ID12: “Gostaria muito de alguma atividade, é bom sempre tem algo que a gente não sabe.”

Fonte: pesquisa (2018)

A partir da codificação, foi criado subtemas que resultaram em temas. Que foram abordados na aplicação da gerontotecnologias educacional. Os temas são apresentados no quadro a seguir.

Quadro 5 – Criação de temas para embasamento da abordagem da gerontotecnologia educacional.

COD	SUB TEMAS	TEMAS
Desconhecimento da etiologia e perspectiva da DRC	Desconhecimento sobre DRC incluindo a etiologia, tratamento e perspectiva futura.	Prevenção e tratamento da DRC
Doença crônica/impossibilidade de cura.	Desmotivação da doença crônica/ finitude.	Cronicidade
Busca por informação/orientação	Acesso a informação / orientação profissional	Conhecimento mínimo

Tempo ocioso na sala de espera para início da hemodiálise Falta de atividades durante sessão de hemodiálise. Busca de alternativas para distração durante sessão de hemodiálise. Atividades comemorativas realizadas na hemodiálise: bingo da nutrição	Ausência/poucas atividades na hemodiálise	Déficit de atividades
Medo de participar bingo da nutrição Limitação para realizar atividades durante a sessão de hemodiálise (AUTO REFERIDA) Falta de vontade em realizar atividades durante sessão Desmotivação/Intenção de atividades durante a sessão.	Autolimitação.	Libertação/ empoderamento

Fonte: pesquisa (2018)

DISCUSSÃO

O percentual de idosos em tratamento hemodialítico corresponde a mais da metade do número total de pacientes no mesmo tratamento, isto está associado a alta incidência de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), que são os principais fatores de risco para DRC e são diagnósticos que acompanham grande parte dos idosos (SESSO et al., 2017).

A classificação levando em consideração o critério de escolaridade, torna-se importante no estudo pois possibilita maior abrangência de idosos, garantindo um número maior de participantes na pesquisa, pois o nível de escolaridade interfere diretamente na análise de desempenho do MEEM.

Contudo é possível observar que 9 idosos efetuavam seus tratamentos por via de FAV e apenas três com cateter venoso central.

Segundo o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016), o uso predominante de via de acesso para hemodiálise é a fistula artério venosa. O uso preferencial, da FAV se dá pelo fato de ter menos riscos e complicações por infecção pelo uso de dispositivo invasivo intermitente (SESSO, et al., 2017).

A partir do levantamento dos dados sócio demográficos (Quadro 2), foi possível verificar que todos possuem filhos, porém observa-se que apenas um idoso possui mais de 10 filhos, o que evidencia a mudança na composição familiar e consequentemente na pirâmide etária, principalmente com déficit da taxa de fecundidade, como declarado pelo censo demográfico do IBGE (2015), média de menos de 2 filhos por mulher em 2010.

Por outro lado, os cuidadores elencados pelos idosos, são exclusivamente cuidadores familiares, ou seja, nenhum idoso possui cuidador formal, ou familiar que receba algum tipo de remuneração para tal cuidado. Os dados encontrados em análise do perfil de familiares de pacientes em tratamento hemodialítico demonstrou quanto ao grau de parentesco, que se evidencia o alto percentual de cuidadores como cônjuges, filhos e filhas, prevalecendo ainda as mulheres como cuidadoras principais (SIQUEIRA; STUMM, 2015)

No que tange ao tempo de tratamento hemodialítico, emergiu média de tempo de 1,3 anos entre os participantes. Dado que diverge de outros estudos, um estudo proposto a avaliar o perfil dos renais crônicos em tratamento hemodialítico, com participação de 63 pacientes, observou-se que o tempo médio de tratamento era de 4,2 anos (OLIVEIRA et al., 2015). Assim como o tempo de tratamento prevalente foi de 5 anos ou mais, em uma pesquisa em que demonstra a qualidade de vida dos pacientes submetidos a tratamento hemodialítico (SANTOS et. al., 2015).

Grande parte dos participantes da pesquisa já iniciaram o tratamento dialítico imediatamente assim que obtiveram seus diagnósticos de insuficiência renal, apenas um participante obteve o diagnóstico quando os rins ainda obtinham efetiva filtração glomerular, um ano antes de iniciar a terapia renal substitutiva.

A doença renal crônica ocorre de forma lenta, progressiva e irreversível (SMELTZER et al., 2017). Quando identificada, muitas vezes seu tratamento tende a ser de início imediato, devido ao prognóstico da doença.

A detecção precoce da lesão renal torna-se importante, pois pequenas alterações de creatinina sérica influenciam a filtração glomerular (MELLO; MESQUITA; MONTEIRO, 2013)

Vale ressaltar a importância do acompanhamento periódico do estado de saúde, bem como o importante acompanhamento das doenças crônicas de base já diagnosticadas e que são principais fatores de risco a doença renal crônica e ao tratamento de substituição da função renal.

As entrevistas abertas, semiestruturada foram parte de relevante importância na pesquisa para na identificação de temas para a criação posterior de subtemas. Os 5 temas encontrados foram: Prevenção e tratamento da DRC, Cronicidade, Conhecimento mínimo, Déficit de atividades durante a sessão de hemodiálise e libertação/empoderamento

Segundo Mello, Mesquita e Monteiro (2013) um estudo que buscava o diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família, a educação em saúde, aliada a avaliação do funcionamento renal, viabilizam a instrução e preparação dos pacientes tanto para o tratamento hemodialítico quanto para implementar ações que possam prevenir ou retardar o curso da doença.

A falta de reconhecimento e de informação sobre sinais, sintomas e o percurso da doença gera também o pesar sobre a cronicidade pelo fato da oportunidade de prevenção ou pela possibilidade do retardado ao tratamento hemodialítico se identificado e controle a tempo. A doença crônica, gerou nesses idosos múltiplos sentimentos, principalmente desmotivação devido a sua impossibilidade de cura, relacionado ao enfrentamento da doença, associado ao sentimento de finitude.

A doença ameaça diretamente a completude das pessoas, podendo assim trazer fragilidade. A partir disso pode-se esperar atitudes de defesa demonstrados através de sentimentos de desânimo, de insegurança e onipotência ao longo do enfrentamento do processo de saúde e doença (XAVIER; SANTOS, 2012)

A rotina de tratamento dos portadores de doença renal crônica, leva a larga e cansativa mudança no seu cotidiano, fazendo-os sentir-se deficientes devido as inúmeras privações, levando a conviverem com sentimentos negativos, dúvidas e sentimentos de finitude da vida (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017).

O tema conhecimento mínimo, foi formulado a partir do subtema: busca por informação/orientação, a partir da identificação de dúvidas frequentes, e do interesse de busca por conhecimento a fim de suprir suas necessidades e promover uma melhor qualidade de vida.

A orientação da doença para esses indivíduos em hemodiálise promove e demonstra maneiras de viver a partir dos limites impostos pela doença e tratamento, de forma que o indivíduo aceite sua realidade no processo de doença sem que isso interfira no seu bem-estar psicológico (FERREIRA; AGRA; FORMIGA, 2017).

O tempo ocioso durante todo o período de permanência na unidade de tratamento hemodialítico, é discurso comum entre os pacientes, identificado desde a sala de espera até o término do turno de tratamento, visto que a sessão de hemodiálise dura cerca de 4 horas e mais de uma vez por semana, validando assim o tema de Déficit de atividades, que foi descrito nas falas.

Durante as entrevistas os idosos pontuaram em maioria e gratificaram a presença da pesquisadora por algum tempo, pois referiram que só de ter alguém conversando já ajudava a passar o tempo, o que demonstra o quanto o tempo gera algum tipo de ansiedade, pela espera da finalização da sessão.

Paula et al., (2017) também identificou e cita em sua pesquisa, a estratégia obtida por alguns idosos para lidar com a situação do tempo disponível durante a sessão. Entre as atividades estão, dormir, ler, assistir televisão, falar ao celular, ou usar o tempo para descansar. Santos, Santos e Reis (2017), relatam a percepção da ansiedade/impaciência desses indivíduos em tratamento dialítico, nos quais percebe-se a busca por alternativas que visem distração e para o passar das horas ser menos percebido.

A promoção a saúde através conhecimento destes idosos, gera inúmeras modificações a vida cotidiana, aos familiares e profissionais embasadas no desenvolvimento de habilidades pessoais, empoderamento e autocuidado. O conhecimento para o autocuidado gera reflexão, estimula o raciocínio e levando obtenção de autonomia e empoderamento (BERARDINELLI et al., 2014).

O tema Liberação/empoderamento, surgiu a partir da necessidade da importância de promover saúde, a partir dos próprios idosos. Os relatos de medo, limitação, falta de vontade e desmotivação, trouxeram a reflexão do quanto essa percepção e conhecimento, trará maior empoderamento e autoconfiança aos pacientes.

Segundo alguns estudos, evidenciou-se a susceptibilidade de sintomas depressivos a pacientes em tratamento hemodialítico devido a necessidade de adaptação ao tratamento exaustivo, levando ao isolamento social, diminuição da capacidade física e da dependência de cuidados (COSTA; COUTINHO 2016; OTTAVIANI et al., 2016)

No geral os pacientes necessitam parar suas atividades habituais para o tratamento exigente da hemodiálise, ou seja, exigente quanto ao tempo, disponibilidade, cuidados de manutenção da vida, alimentação, interação social entre outros, levando-os muitas vezes a declínio da saúde mental ocasionado por essa cronicidade (SPINOLA; GONÇALVES, 2012).

Ottaviani et al. (2016) reforçam sobre a importância e necessidade da promoção da saúde e da prevenção em pacientes renais crônicos, com a finalidade de subsidiar novas estratégias para o cuidado, para que assim possibilite a redução desses sintomas frequentemente apresentados pelos pacientes, promovendo uma melhora na qualidade de vida. Neste contexto o enfermeiro possui papel fundamental nessa observação do paciente, pois assim qualifica seu cuidado de forma holística, possibilitando a promoção da saúde e da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das necessidades de saúde desses idosos, traz a importância autopercepção dos idosos em seu processo de tratamento através dos temas identificados segundo seus relatos. Os temas colaboram diretamente para o desenvolvimento da gerontotecnologias e para que elas efetivem o objetivo de promover saúde através de necessidades percebidas pelos próprios participantes da pesquisa.

A necessidade do desenvolvimento de alternativas que abordem a melhora da autopercepção desses idosos quanto ao enfrentamento da doença crônica a partir da promoção a saúde de forma lúdica se torna necessária para o fortalecimento e empoderamento desses idosos, estando diretamente relacionado a propensão de melhora na qualidade de vida desses pacientes.

A avaliação cognitiva dos idosos em tratamento dialítico torna-se importante, pois, os idosos apresentam importante declínio cognitivo, e essa percepção é fundamental para a qualidade do planejamento e implementação do cuidado da enfermagem e principalmente para o desenvolvimento das gerontotecnologias educacionais.

O declínio cognitivo dos idosos participantes, torna-se limitante da pesquisa já que a amostra desses idosos foi reduzida pela metade, apontando assim o aspecto da necessidade de formulação dos cuidados adequadas a essa limitação e reformulação

apropriada para educação em saúde viável, de acordo com as suas necessidades, para que os cuidados a manutenção da vida sejam realizados adequadamente.

Conhecer os dados sociodemográficos é essencial para melhor avaliação de adequação da gerontotecnologia educacional para promoção da saúde, junto a realidade dos idosos.

A pesquisa sobre as necessidades compõe a primeira etapa para o desenvolvimento de informação adequada visando estabelecer estratégias e ações adequadas a melhoria da educação em saúde e desenvolvimento segundo a realidade encontrada.

REFERÊNCIAS

Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1994, 52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf> Acesso em: 28 fev. 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 Mar. 2018.

COSTA, Fabrycianne Gonçalves; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Doença renal crônica e depressão: um estudo psicossociológico com pacientes em hemodiálise. **Psicologia e Saber Social**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.78-89, 27 jul. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.13815>.

DRESCH, Flavia Kirsch et al. CONDIÇÃO DE SAÚDE AUTO PERCEBIDA E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Conhecimento Online**, [s.l.], v. 2, p.118-127, 12 maio 2017. Associação Pro-Ensino Superior em Novo Hamburgo. <http://dx.doi.org/10.25112/rco.v2i0.1183>.

FERREIRA, Layane Freitas; AGRA, Glenda; FORMIGA, Nilton. EXPERIÊNCIAS E SENTIMENTOS DE PACIENTES EM TERAPIA HEMODIALÍTICA. **Rsc Online**, [s.i], v. 1, n. 6, p.39-56, ago. 2017.

HORTA, Heloisa Helena Lemos; LOPES, Mara Lisa. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO DIALÍTICO: CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO E EDUCAÇÃO AO PACIENTE. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.221-227, 30 out. 2017. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1457>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população 2015**. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: mar.2018.

LUCCA, Daniele Cristini. **Gerontotecnologias educacionais para promoção da saúde do idoso em tratamento hemodialítico**. 2017. 105p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MELO, Ana Paula; MESQUITA, Gerardo Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, [s.i], v. 1, n. 6, p.124-128, mar. 2013. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/20/pdf_15>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2013.

MOURA, E. C., et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, 27(3):486-496, Rio de Janeiro, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/09.pdf>. Acesso em: 06 Jun. 2017.

OLIVEIRA, Carilene Silva et al. PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTIC. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 29, p.42-49, mar. 2015.

OTTAVIANI, Ana Carolina et al. ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF CHRONIC RENAL PATIENTS ON HEMODIALYSIS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>.

PAULA, Tailah Barros de et al. Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.146-158, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000682014>.

PIVOTO, Flávia Lamberti et al. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.843-849, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000300034>.

SANTOS, Railma Rodrigues dos et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica sob tratamento hemodialítico. **Revista Interdisciplinar**, [s.i], v. 3, n. 8, p.83-92, set. 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/715/pdf_238>. Acesso em: 6 mar. 2018.

SANTOS, Viviane Fernandes Conceição dos; SANTOS, Adrielma Silveira Fortuna dos; REIS, Francisco Prado. DEFICIÊNCIA, GÊNERO E TEMPO: RENAIS CRÔNICOS EM SERGIPE. **Revista Forum Identidades**, Itabaiana, v. 23, n. 1, p.127-139, jan. 2017. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/6623/5427>. Acesso em: 2 mar. 2018

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo. **Tratamento Hemodialítico**. 2017. Disponível em: <<https://sbn.org.br>>. Acesso em: 20 março de 2018

SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>.

SIQUEIRA, Fernanda Duarte; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. ANÁLISE DO PERFIL DE FAMILIARES DE PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Salão do Conhecimento**, [S.l.], ago. 2015. ISSN 2318-2385. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/5400>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 3 v.

SPINOLA, Thaise Dias; GONÇALVES, Virginia Maria da Silva. PERCEPÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA QUANTO A INTERFERÊNCIA DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM SEU COTIDIANO. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 2, n. 5, p.977-986, dez. 2012. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5_2/04-percepcao-paciente-insuficiencia-renal-cronica-interferencia-fistula-arteriovenosa-contidiano.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2018.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente-Assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176 p.

XAVIER, Brunno Lessa Saldanha; SANTOS, Iraci dos. PATIENTS' FEELINGS AND EXPECTATIONS CONCERNING CHRONIC KIDNEY DISEASE AND TRANSPLANT WAITING. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, [s.i.], v. 4, n. 4, p.2832-2840, dez. 2012.

7.2 MANUSCRITO 2: GERONTOTECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.

RESUMO:

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis está relacionado ao envelhecimento populacional. Neste contexto destacam-se a insuficiência renal crônica, sendo seu principal tratamento a hemodiálise, que demanda muito do indivíduo e altera repentinamente a vida desses idosos, interferindo na qualidade de vida e interatividade social. O estudo tem como objetivo promover a saúde dos idosos em tratamento hemodialítico, através da aplicação de gerontotecnologia educacional intitulado jogo das atitudes. O método utilizado é da Pesquisa Convergente Assistencial. Os dados foram levantados através da observação participante, entrevista aberta e semiestruturada, a fim de avaliar e validar os conteúdos abordados na gerontotecnologia educacional já existente, para aplicação da gerontotecnologia. Participaram da pesquisa 12 idosos em tratamento dialítico em um hospital público no sul do Brasil. Sendo seis idosos do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idade média de 66,75. Após a aplicação da mesma identificou-se quatro categorias resultantes da avaliação da aplicação do jogo das atitudes, segundo sentimentos gerados a esses idosos, reconhecidas como: Empoderamento, Conhecimento, Superação, Ocupação/utilidade. Promoveu-se acesso do paciente no seu tratamento, a partir dos temas encontrados, firma-se resultante a promoção à saúde, bem como tributos que levam a uma melhora na autopercepção de saúde desses idosos em tratamento hemodialítico no sul da Brasil.

Descritores: Diálise; Enfermagem; tecnologia educacional; Promoção da Saúde; Idoso.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica é patologia crônica, não transmissível, de grande incidência principalmente em pessoas idosas, devido a inúmeros fatores. As comorbidades hipertensão arterial e diabetes mellitus são os principais fatores de risco para o desenvolvimento de insuficiência renal crônica (DRESCH et al., 2017; SESSO et al., 2016).

A insuficiência renal é caracterizada pela diminuição da taxa filtração glomerular, tornando os rins incapazes de remover as toxinas geradas pela degradação metabólica do organismo e desempenhar suas funções reguladoras. Este processo ocorre lenta e silenciosamente podendo ser percebida só no ultimo estagio da doença, onde a lesão já é irreversível (SMELTZER et al., 2017).

A doença renal crônica não possui cura, mas possui tratamento através da terapia de substituição renal, onde a hemodiálise é a mais utilizada. A hemodiálise se baseia nos

princípios de difusão, osmose e ultrafiltração (SMELTZER et al., 2017). Ocorre através da ligação do paciente a máquina, através de uma punção arteriovenosa, onde o sangue arterial sai, passa pela filtragem extracorpórea e retorna ao corpo pelo sangue venoso (SBG, 2016).

A hemodiálise por ser terapia realizada em unidade especializada ou meio hospitalar e normalmente ocorrer de duas a três vezes por semana, com duração de quatro horas por sessão, promove grandes mudanças de hábito de vida, propiciando o paciente ao isolamento social, falta de autonomia, ansiedade, depressão entre outros (HORTA; LOPES, 2017; COSTA; COUTINHO 2016; OTTAVIANI et al., 2016).

A partir dessa realidade vivenciada, em que afetam diretamente a qualidade de vida destes pacientes e principalmente dos idosos, tendo em vista outras perspectivas acarretadas pela idade, firma-se a importância da inserção de meios educativos a fim de promover a saúde desses idosos.

A promoção a saúde através do reconhecimento das necessidades de saúde identificadas a partir da autopercepção dos próprios usuários em sua realidade de saúde e promovendo a inclusão destes em seu autocuidado, permite o desenvolvimento do senso crítico para a melhora da qualidade de vida e do seu tratamento (TADDEO et al., 2012).

As gerontotecnologias educacionais possibilitam aos idosos aquisição de informações e conhecimentos, fortalecendo as potencialidades para o autocuidado. Incitam o autoconhecimento, reflexão sobre as potencialidades e dificuldades, empoderando esses indivíduos a percepção de mudanças no ambiente em que vive e na sua própria conduta (HAMMERSCHMIDT et al., 2015).

Neste contexto de atenção à saúde, esta pesquisa tem como objetivo a promoção da saúde de idosos em terapia hemodialítica, através da inserção de gerontotecnologia educacional.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido seguindo as preconizações indicadas pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que visa a integração da assistência com a teoria, ou seja, a pesquisa deve emergir de uma necessidade identificada durante a atuação prática da assistência. Por isso, o pesquisador deve estar inserido nesse meio. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA é composta de processo envolvendo quatro fases. Na fase concepção, ocorre a aproximação do pesquisador com o campo prático e busca na literatura acerca do que está sendo pesquisado sobre a temática. A instrumentação é a segunda fase onde se define o campo de pesquisa, os participantes, e a forma de coleta de dados. A perscrutação e análise são as últimas fases onde na perscrutação se examina/investiga o proposto do meio de coletas de dados e que se infunde a fase de análise de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O contato prévio da pesquisadora com a unidade de tratamento hemodialítico se deu a partir da visita a unidade, cujo, proposta era requisito na disciplina de doenças crônicas, durante a graduação de enfermagem. Posterior a essa visita, a pesquisadora foi inserida como bolsista de iniciação científica no projeto de pesquisa intitulado: Idoso com doença renal crônica: Clínica, terapêutica e políticas integradas para a rede de saúde. O qual possibilitou a inserção direta da pesquisadora no campo, possibilitando a identificação da necessidade de saúde. A fase de concepção ainda considerou a revisão de literatura acerca da temática proposta.

A pesquisa foi realizada na unidade de tratamento hemodialítico de um hospital universitário do sul do Brasil. A unidade conta com o apoio da equipe multiprofissional sendo composta por psicólogos, nutricionistas, assistente social e médico, além da equipe de enfermagem composta por três enfermeiros e 12 técnicos e/ou auxiliares. A unidade possui nove poltronas e máquinas dialisadoras, com atendimento exclusivo do SUS.

O centro de tratamento hemodialítico atende total de 45 pacientes, destes 24 possuem 60 anos ou mais. Os participantes da pesquisa, foi utilizado como critério de exclusão deficiências cognitivas e visuais, além da classificação pelo score obtido segundo avaliação do mini mental. A avaliação do mini exame do estado mental (MEEM) seguiu a pontuação de corte embasado no estudo de Bertolucci et al., (1994), no qual preconiza, pontuação específica de acordo com o grau e anos de escolaridade do sujeito.

Para a coleta de dados utilizou-se a triangulação dos dados conforme preconizado na PCA, os dados foram coletados através de entrevista aberta e semiestruturada, e observação participante. Na entrevista semiestruturada utilizou-se de um questionário com questões objetivas e abertas, no qual possibilitou o levantamento de dados sócio demográficos e informações voltadas ao enfoque do estudo.

Primeiramente foi realizado a entrevista com os idosos incluídos na pesquisa, onde os dados foram gravados e transcritos. Os dados foram organizados através de

nomenclaturas de notas de codificação, onde, nota de entrevista semiestruturada foi identificada como (NE), nota de observação (NO) e nota de entrevista aberta (NA). As informações foram dispostas em tabelas para melhor visualização.

As informações foram classificadas por categorias através da similaridade identificada nas falas dos participantes, a partir disso criou-se subtemas e temas, que identificaram as necessidades de saúde dos participantes e nortearam os conteúdos a serem abordados.

Tratando-se de replicação de gerontotecnologia educacional (LUCCA,2017), e da preconização do processo metodológico, as categorias encontradas foram cruzadas com as categorias utilizadas pela autora da gerontotecnologia educacional (LUCCA,2017), para avaliação do uso ou reformulação/ adaptação da gerontotecnologia, tendo em vista que segundo a PCA o estudo deve emergir de percepção prática da realidade do local estudado. Após avaliação para validação da gerontotecnologia, realizou-se a aplicação do jogo das atitudes, e avaliação realizada pelos idosos participantes.

No que diz respeito aos preceitos éticos a pesquisa segue o preconizado a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Os dados foram coletados mediante esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Este projeto está incluído como ao macroprojeto Idoso com Doença Renal Crônica: clínica, terapêutica, prevenção e políticas integradas para rede de saúde, aprovado no CEP conforme parecer consubstanciado 1.097.377

RESULTADOS

Dos 24 idosos em tratamento hemodialítico, participaram do rastreio cognitivo pela aplicação do mini exame do estado mental 18 idosos, devido ao critério de exclusão dois foram excluídos pois possuíam deficiência visual total, um, deficiência cognitiva diagnosticada e três que não aceitaram participar da pesquisa devido a desconfortos e adaptações durante o processo de dialise. Dos 18 idosos, seis não atingiram o score mínimo no MEEM, segundo classificação por escolaridade.

Sendo assim participaram do estudo, 12 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que destes seis eram do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idade média de 66,75 anos entre os idosos.

As entrevistas ocorreram durante a sessão da hemodiálise. A partir da entrevista que levantou informações sociodemográficas identificou-se que oito idosos possuem de um a quatro filhos, e apenas quatro idosos possuem de cinco a 12 filhos.

Quanto a escolaridade apenas um participante nunca foi a escola, quatro possuem fundamental incompleto, quatro, ensino fundamental completo, um ensino médio completo e dois, ensino superior.

Em relação ao cuidador, identificou-se que 10 idosos relatam terem cuidador familiar, sendo filhos ou cônjuge, ou seja, alguém da família que mora junto ou perto da sua casa que promova esse cuidado, e que não recebem nenhum tipo de pagamento para isso.

No que se refere a doenças de base, verificou-se que 11 dos participantes tem diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e nove Diabetes Mellitus, sendo que nove possuem HAS e DM conjugada. Apenas um idoso realiza hemodiálise por diagnóstico de rim único, e que obteve insuficiência renal por nefropatia por contraste.

Referente a auto percepção dos idosos relacionado ao foco da pesquisa, emergiu categorias, subtemas e temas que identificam as necessidades de saúde, que embasaram o conteúdo da gerontotecnologia a ser aplicada. Os temas encontrados foram: Prevenção e tratamento da DRC, Cronicidade, Conhecimento mínimo, Déficit de atividades, Libertação/ empoderamento.

A aplicação da gerontotecnologia se deu a partir da avaliação comparativa dos temas encontrados com os temas que embasaram a criação da gerontotecnologia por outra autora. A avaliação mostrou que os temas encontrados correspondiam aos temas resultantes dessa pesquisa.

A gerontotecnologia educacional aplicada junto aos idosos foi o “jogo das atitudes” (LUCCA, 2017). Trata-se de jogo de cartas com atitudes positivas (cartas verdes) e atitudes negativas (cartas vermelhas), além de um dado com as cores verde, vermelho e preto, onde o preto permitia o “roubo” de uma carta verde do adversário. O objetivo final é a reflexão das suas atitudes ao longo do tratamento e ganha quem teve

mais atitudes positivas, ou seja, mais cartas verdes na mão. A cada rodada um participante jogava o dado e retirava a carta correspondente, até o final das cartas (LUCCA, 2017).

O jogo se deu entre o participante e a pesquisadora. Para aplicação foi utilizado adaptação de uma caixa, em que possibilitava o uso da tampa como apoio para as cartas e o dado. A cada leitura do conteúdo das cartas, os participantes faziam auto avaliação de suas atitudes e indagavam suas vontades e desejos, bem como faziam referência e se orgulhavam de alguma tarefa que faziam corretamente.

O tempo de aplicação da gerontotecnologia ocorreu em média de 35,6 minutos para cada participante. A fim de identificar as prerrogativas da aplicação e inserção desse meio gerontotecnológico aos idosos em tratamento hemodialítico, as falas foram identificadas e codificadas através de categorias, para posterior análise e formação dos subtemas e temas. Conforme proposto pela ação metodológica e exposto no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias identificadas através da fala dos idosos advindas da aplicação da gerontotecnologia.

CATEGORIAS	IDENTIFICAÇÃO DAS FALAS DOS IDOSOS
Recapitulação do conhecimento.	(ID11): “A gente relembra né, é muita coisa e com o tempo a gente vai esquecendo de alguns e a minha memória pra lembrar de tudo de uma vez não dá...” (ID08): “... Eu sabia dessas coisas, algumas coisas eu já tinha pensado...” (ID07): “Ajudou a lembrar e mostrou que nós temos que ser disciplinados, com disciplina se chaga lá!...” (ID01): “... Lembrei que tenho que fazer as atividades físicas, e comer só o necessário, que é bom!” (ID03): “...Ajuda a reforçar e a abrir mais a mente da gente, muita coisa daí eu já sabia.” (ID10): “Distrai a pessoa né? Alerta a pessoa, o cara fica mais atento, eu até me lembrei que to fazendo umas coisa errada, mas na minha casa a gente já faz quase tudo...” (ID04): “...Eu achei bom! Porque reforça, esclarece as coisas e também pra passar o tempo é muito bom, eu já tinha uma noção de tudo, das coisas, porque antes de fazer, eu fiquei com medo e fui procurar saber.” (ID05): “Eu achei muito bom muito legal, aprendi sobre a água para o coração, eu já sabia de algumas coisas, tento me cuidar, mas sempre tem alguma coisinha que a gente não sabe.”
Aprendizado	(ID06): “O jogo achei bom, aprendi umas coisas diferentes, sobre a fistula (quando parar aqui que a gente tem que vir), sobre a água, ajuda né, achei importante!” (ID08): “Essa coisa eu que eu não sabia, do liquido, das frutinhas congeladas, gostei de jogar...” (ID03): “Mas aprendi algumas coisas diferentes, das frutas que eu comia, agora não vou comer mais...”

	(ID12): “...Assim a gente fica sabendo de tudo que tem que prestar atenção, não sabia que se a fistula parar de vibrar tinha que vir no mesmo dia pra cá, e dos alimentos que tem água também, principalmente da melancia que tem muita água, por isso que depois eu sempre me sentia mal...”
Contentamento	(ID07): “...Eu não gosto muito de jogo, mas esse jogo aí é bom, hoje passei tranquilo, esse jogo é agradável, o com informação...” (ID08): “...No início eu achei que não ia dar certo, mas deu, parecia que não ia ser bom, porque eu não podia ler direito, né? mas tu me ajudou e eu consegui, gostei, foi fácil de entender.” (ID06): “...Achei bom mesmo, gostaria que tivesse mais joguinhos para eu aprender mais.” (ID01): “O jogo tava bom, primeira vez que eu jogo, foi bom!...” (ID10): “...Apesar de eu não gostar de jogo nenhum achei ótimo, os assuntos são bom e importantes, tá ótimo.” (ID02): “... O joguinho é de fácil entendimento.”
Distração	(ID07): “Foi bom! Bom passa tempo, o conteúdo tava bom, bom de entender” (ID02): “Eu gostei porque também distrai, ajuda a passar o tempo de maneira alegre, faz a gente querer participar, de ver se a próxima carta é alguma que eu já faço ou não...” (ID04): “Eu achei bom! Porque reforça, esclarece as coisas e também pra passar o tempo é muito bom...” (ID12): “...Jogar ajudou no tempo, passou o tempo e o sono também, foi bacana.” (ID03): “...Passou bem rápido, a hora passou, nossa! agora já faltam 15 minutos pra sair!” (ID11): “O jogo foi bom no conjunto todo! Pra passar o tempo, pra relembrar, foi bom! Eu já tive diversas vezes internado aqui, e de vez em quando aparecia as meninas pra fazer perguntas né, pesquisa, os trabalho né!? Eu gostava, é divertido, passa o tempo e a gente ri, e daí tudo passa rápido!”
Reavaliação	(ID02): “Eu achei muito instrutivo, faz a gente observar os erros e acertos e por isso acaba instruindo a gente, fica até melhor de visualizar onde precisamos melhorar. Por exemplo percebi que é necessidade fazer minha atividade física, que é possível e necessário... faz a gente querer participar, de ver se a próxima carta é alguma que eu já faço ou não...” (ID09): “Eu já sabia dessas coisas, mas as vezes eu não faço, acho um saco, mas vou fazer tudo certinho agora, agora vi que tenho que fazer”

Fonte: pesquisa (2018)

Portanto, foram codificadas cinco categorias, para análise da aplicação da gerontotecnologia. Definiu-se a partir das categorias, subtemas e por fim temas, com a finalidade de melhor visualização dos resultados. A divisão das categorias e formulação estão apresentadas no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Categorização dos códigos em temas para análise.

CATEGORIAS	SUBTEMAS	TEMAS
-Recapitulação do conhecimento - Reavaliação -Aprendizado	Agregação de novas informações/ meio de capacitação. Reconsideração de autonomia.	Conhecimento/ Empoderamento
Contentamento	Capacidade de realização de atividade/libertação.	Superação
Distração	Diminuição da ansiedade/ interesse de passa tempo.	Ocupação/utilidade

Fonte: pesquisa (2018)

DISCUSSÕES

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, de acordo com censo de 2016, o maior percentual de pacientes em tratamento hemodialítico é de idosos com 65 anos ou mais (SESSO et al., 2017). Para os idosos que realizam hemodiálise a avaliação clínica é essencial, visando adequar as atividades as necessidades dos idosos. Sendo assim o MEEM é um teste de rastreio cognitivo, descrito por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e faz uma avaliação ampla de vários aspectos, como orientação no tempo e espaço, registro, atenção e cálculos, linguagem, repetição e comandos motores. Neste último destaca-se alterações na avaliação em pacientes em tratamento dialítico, que utilizam fístula artério venosa (FAV), pois devem manter o membro da punção imóvel.

O declínio cognitivo mostra-se presente, em 6 dos 18 idosos, a partir da aplicação do Mini exame do estado mental (MEEM) e pela classificação de Bertolucci et al., (1994) em que preconiza o score de corte a partir do seu grau de escolaridade. O declínio cognitivo encontra-se em maior percentual em pacientes idosos, e em pacientes com baixa escolaridade e indivíduos de baixa renda (SILVA et al., 2014).

O grau de escolaridade encontrado na amostra demonstra a desigualdade de instrução educacional do grupo, implicando diretamente no resultado obtido pelo MEEM, sendo relevante também para o conhecimento da equipe de enfermagem, onde as instruções e planejamentos de cuidados devem ser garantidos e adequados ao nível de entendimento do paciente.

Dos 12 idosos em hemodiálise, nove idosos realizavam o tratamento através da fistula arteriovenosa, e três através de cateter central. O maior uso da fistula está associado ao menor índice de infecção durante o tratamento (SESSO et al., 2017) Estes dados vão de acordo com o encontrado em outros estudos (MACIEL et al., 2015; SESSO et al., 2017)

O número de filhos apresentados pelos idosos, evidencia a transição da configuração das famílias, com redução do número de filhos por família. Em 1980 o número médio de filhos era de seis por mulher, e segundo os dados do censo demográfico de 2010 essa média é de 1,6 por mulher (IBGE, 2018).

A apresentação dos dados quanto a cuidador, demonstram que todos os que possuem cuidador, contam com familiares para as atividades de cuidado, sendo filhos ou cônjuges. O que corrobora com os achados do estudo de Siqueira e Stumm (2015) que demonstra o alto percentual de cuidadores como cônjuges e filhos, onde prevalecem mulheres que exercem esse papel.

A prevalência das doenças de base como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), encontradas neste estudo como causa principal da insuficiência renal crônica, coincidem com os dados encontrados no censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2016). A partir disso destaca-se a necessidade de investimentos dos profissionais em meios de educação em saúde e ações preventivas a doenças crônicas não transmissíveis que são os principais fatores de risco.

Frente a aplicação da gerontotecnologia intitulada Jogo das Atitudes, e a partir do processo avaliativo e auto reflexivo, realizado pelos idosos, identificados em sua fala, emergiram quatro categorias que se referem aos resultados gerados pela aplicação da gerontotecnologia que são denominadas: Conhecimento/Empoderamento; Superação e Ocupação/Utilidade.

Conhecimento/Empoderamento; Superação; Ocupação/Utilidade

A árdua rotina de tratamento que a insuficiência renal ocasiona, impacto na vida do paciente, induz o idoso a processo de despersonalização, levando-os a perder sua autonomia e domínio sobre seu próprio espaço e hábitos, gerando passividade e dependência (PAULA et al., 2017).

Neste contexto a carta de Ottawa (1986) enfatiza o empoderamento como essencial para a promoção a saúde através do desenvolvimento de habilidades pessoais,

resultante da educação em saúde, e se conceitua como processo de capacitação que proporciona controle sobre os fatores pessoais, ambientais e sócio econômicos que interferem na saúde dos indivíduos.

Portanto auxiliar na construção do conhecimento, e promoção a saúde, através praticas assistenciais, que sejam adequadas as necessidades identificadas pelos próprios indivíduos, geram empoderamento e autonomia, para que assim esses indivíduos possam protagonizar a sua própria vida.

Compreender os próprios usuários em sua realidade, através das suas autopercepções de necessidades de saúde e inclui-los em seu autocuidado, promovendo seu empoderamento, pode ser uma das formas mais eficazes de administrar as mudanças ocasionadas pela doença crônica, e permitir a consciência crítica do paciente referente a seus problemas de saúde (TADDEO et al. 2012).

O empoderamento é meio com propósito educativo que ajuda as pessoas a ampliar seus conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessários para assumir as decisões acerca de sua saúde, com consciência reflexiva (BERARDINELLI et al., 2014).

O uso de atividades lúdicas como as gerontotecnologias educacionais mostra-se como possibilidade de redescobrimento de múltiplos sentimentos nesses idosos, assim como a sensação de superação frente ao sentimento de utilidade.

Além disso o tempo ocioso durante a hemodiálise, aliado a falta de atividades interativas, foi evidenciado em outros estudos sobre a temática levando ao surgimento de sentimentos de ansiedade, dependência e inutilidade (PAULA et al., 2017; COSTA, COUTINHO 2016; OTTAVIANI et al., 2016)

A superação está identificada em momentos descritos e revelados através da fala, nos quais aborda-se a incapacidade pela doença da realização de atividades cotidianas. A partir da aplicação da gerontotecnologia identificou-se através das falas sentimentos de utilidade, ocupação e superação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa propôs a realização da promoção a saúde dos idosos em tratamento hemodialítico através da aplicação da gerontotecnologia, o jogo das atitudes. Esta

vivencia possibilitou verificar a importância de atribuir novos meios de inserção da educação em saúde a partir da realidade vivenciada por esses idosos.

A partir da observação e da inclusão desses idosos, emergiu-se vínculo de confiança entre pesquisador e idoso, onde o próprio idoso tornou-se autor da sua promoção a saúde, devido a adaptação da proposta ao seu meio, tornando-se ser reflexivo perante atitudes ditas positivas e negativas em seu tratamento.

A avaliação e adequação para fortalecer a informação/conhecimento, é relevante para equipe de enfermagem, pois interfere diretamente no planejamento de qualidade do cuidado prestado. A inserção de novos meios para promoção a saúde é desafio para o cuidado de enfermagem, pois incita o desconhecido e a inovação, principalmente nas situações que a doença crônica traz o sentimento de dependência e restrição física. Portanto criar e legitimar meios que possibilitem modificações na rotina desses pacientes, pode trazer inúmeros avanços para a auto percepção do processo saúde e doença desses idosos.

Deste modo o “jogo das atitudes” é estratégia importante e possível para educação em saúde dos idosos que realizam hemodiálise, pois possibilita atividade lúdica desenvolvida durante as sessões. Promove ocupação, conhecimento, empoderamento e superação. Verificou-se nesta pesquisa que os idosos se sentiram participantes do processo educacional desenvolvido, possibilitando inovação no cuidado de enfermagem desenvolvido neste setor.

REFERENCIAS

BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 22, n. 5, p.603-609, 10 mar. 2014. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15509>.

Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1994, 52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf> Acesso em: 28 fev. 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 Mar. 2018.

COSTA, Fabrycianne Gonçalves; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Doença renal crônica e depressão: um estudo psicossociológico com pacientes em hemodiálise. **Psicologia e Saber Social**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.78-89, 27 jul. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.13815>.

DRESCH, Flavia Kirsch et al. CONDIÇÃO DE SAÚDE AUTO PERCEBIDA E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Conhecimento Online**, [s.l.], v. 2, p.118-127, 12 maio 2017. Associação Pro-Ensino Superior em Novo Hamburgo. <http://dx.doi.org/10.25112/rco.v2i0.1183>.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R.. “Mini-mental state”. **Journal Of Psychiatric Research**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.189-198, nov. 1975. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida et al. **Cuidado de Enfermagem: Interfaces teóricas e práticas no ciclo vital do ser humano**. Curitiba: Crv, 2015. 384 p.
HORTA, Heloisa Helena Lemos; LOPES, Mara Lisa. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO DIALÍTICO: CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO E EDUCAÇÃO AO PACIENTE. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.221-227, 30 out. 2017. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1457>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Queda substancial do tamanho da família, nas duas últimas décadas**. Disponível em: <https://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/nupcialidade-e-fecundidade.html> Acesso: 14 abril 2018.

LUCCA, Daniele Cristini. **Gerontotecnologias educacionais para promoção da saúde do idoso em tratamento hemodialítico**. 2017. 105p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MACIEL, Camilla de Godoy et al. ADESÃO AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: PERCEPÇÃO DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS. **Cogitare Enferm**, [s.i.], v. 3, n. 20, p.540-547, set. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483647680012/>>. Acesso em: 1 abr. 2018

OTTAVIANI, Ana Carolina et al. ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF CHRONIC RENAL PATIENTS ON HEMODIALYSIS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>.

PAULA, Tailah Barros de et al. Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.146-158, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000682014>.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo. **Tratamento Hemodialítico**. 2017. Disponível em: <<https://sbn.org.br>>. Acesso em: 20 março de 2018

SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>.

SILVA, Sandra Tavares da et al. Cognitive capacity in individuals with chronic kidney disease: relation to demographic and clinical characteristics. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 36, n. 2, p.163-170, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140026>.

SIQUEIRA, Fernanda Duarte; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. ANÁLISE DO PERFIL DE FAMILIARES DE PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Salão do Conhecimento**, [S.l.], ago. 2015. ISSN 2318-2385. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/5400>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 3 v.

TADDEO, Patricia da Silva et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciencia & Saúde Coletiva**, [s.i], v. 11, n. 17, p.2923-2930, ago. 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n11/2923-2930/pt>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente-Assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176 p.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer as necessidades apresentadas pelos idosos tornou-se importante para trabalhar a gerontotecnologia, pois o conhecimento abordado corresponde com a demanda identificada nessa realidade.

Tratando-se de uma gerontotecnologia já existente, os dados encontrados foram comparados com os dados identificados no estudo anterior, sendo encontrado as mesmas necessidades de saúde não foi necessário alterar o conteúdo do jogo das atitudes, pois correspondiam com as necessidades encontradas nesse estudo.

A partir dessa necessidade de comparação com o estudo anterior, sugere-se um novo estudo em que se contraponha as necessidades de saúde identificadas nesses dois estudos, a fim de caracterizar as necessidades de saúde gerais dos idosos que fazem tratamento em unidades de tratamento dialítico.

A aplicação de gerontotecnologias educacionais e outros meios não convencionais são grandes ferramentas a serem usadas para promoção da saúde dos idosos durante seu tratamento de hemodiálise. Pois incitam bons sentimentos e empoderamento, estimulando o idoso a tornar-se ser crítico reflexivo, detentor de suas próprias decisões, interferindo diretamente em sentimentos/percepções geradas pela cansativa rotina imposta pelo tratamento.

A promoção a saúde desta forma, através do “jogo das atitudes” incitou o lúdico, remodelando a rotina, fortalecendo os conhecimentos, trazendo reflexões, ocupando o tempo ocioso. Esses achados demonstram a importância das gerontotecnologias educacionais, evidenciando a interferência destas nos sentimentos como ansiedade e inutilidade.

O empoderamento desses idosos gera múltiplos efeitos, deste modo o sentimento de utilidade é ressignificado, aliado a passividade de alguém que apenas é cuidado. Dessa forma os idosos são fortalecidos como detentores de suas próprias autopercepções em relação ao processo de saúde e doença, oportunizando melhora na qualidade de vida.

A pesquisa com pacientes durante as sessões de hemodiálise, é complexa pois os pacientes apresentam limitações físicas, principalmente devido a punção da fistula ou cateter, e a insuflação do aparelho que afere a pressão arterial de hora em hora, além da limitação de espaço devido a estrutura e logística do setor, pois as sessões são realizadas com os pacientes sentados em poltronas com ausência de mesa de apoio. Porém a

gerontotecnologia desenvolvida respeitou as características inerentes ao tratamento em hemodiálise, possibilitando a educação durante as sessões sem influenciar no aspecto fisiológico da condição clínica posta momentaneamente durante a sessão.

Cabe salientar o desafio exacerbado para a equipe de enfermagem que atua em hemodiálise, sendo essencial o envolvimento do idoso em seu tratamento, pois a partir dessa inclusão permite-se identificar as potencialidades e dificuldades de cada ser, sendo possível adaptar o cuidado de acordo com as heterogeneidades.

A aplicação da gerontotecnologia pode vir a ser uma forma de interação social se jogado em grupo, efetuando a promoção da saúde em conjunto coletivo e fortalecendo os laços sociais, importante para sentimentos encontrados.

A metodologia foi de encontro com o objetivo proposto já que a PCA preconiza que a pesquisa surge a partir de necessidade identificada durante a assistência prática, influencia e modificando a mesma. Sendo assim finaliza-se este estudo com a certeza que a gerontotecnologia desenvolvida pode inovar o cuidado ao idoso em tratamento hemodialítico.

REFERÊNCIAS

BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 22, n. 5, p.603-609, 10 mar. 2014. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.15509>.

Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1994, 52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf> Acesso em: 28 fev. 2018

BOUMA, Herman. Gerontechnology: making technology relevant for the elderly. In: **Gerontechnology**. Editors: Herman Bouma & Jan A.M. Graafmans, Amsterdam: IOS Press, 1992. disponível em: < <http://eecs.wsu.edu/~cook/gt1/hw/bouma.pdf> > Acesso em: 10 jun. 2017

BRAGA, Irineide Bezerra. A Percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Id on Line Revista de Psicologia**, Abril de 2015, vol.9, n.26, Supl. Esp. p. 211-222. ISSN 1981-1189.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 Jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde – 2004-2007. Brasília – MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Política Nacional de Promoção a Saúde 2006. Brasília – 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca>>. Acesso em: 05 Jun. de 2017

CANDEIAS, Nelly M. F., **Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. *Rev. Saúde Pública*, 31 (2): 209-13, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 11 jun.2017.

CAVALCANTE F. A., Saar, G. Q., Ramos, L. S., & Lima, A. A. M. (2011). O uso do lúdico em hemodiálise: buscando novas perspectivas na qualidade de atendimento ao paciente no centro de diálise. **Revista Eletrônica da Facimed**, 3(3), 371-384. Disponível em:<http://www.facimed.edu.br/o/revista/pdfs/7fbce1022888ed00b20b880492ae5ca0.pdf> acesso em: 10 jun. 2017

CENTENARO, G. A. A intervenção do Serviço Social ao paciente renal crônico e sua família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1881-85, 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700102> acesso em: 10 jun. 2017

COSTA, Fabrycianne Gonçalves; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Doença renal crônica e depressão: um estudo psicossociológico com pacientes em hemodiálise. **Psicologia e Saber Social**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.78-89, 27 jul. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.13815>.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 de Maio 2017.

DRAIBE, Sergio Antônio. **Panorama da Doença Renal Crônica no Brasil e no mundo**. São Luis: Copyright - Unasus, 2014

DRESCH, Flavia Kirsch et al. CONDIÇÃO DE SAÚDE AUTO PERCEBIDA E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Conhecimento Online**, [s.l.], v. 2, p.118-127, 12 maio 2017. Associacao Pro-Ensino Superior em Novo Hamburgo. <http://dx.doi.org/10.25112/rco.v2i0.1183>.

FERREIRA, Layane Freitas; AGRA, Glenda; FORMIGA, Nilton. EXPERIÊNCIAS E SENTIMENTOS DE PACIENTES EM TERAPIA HEMODIALÍTICA. **Rsc Online**, [s.i], v. 1, n. 6, p.39-56, ago. 2017.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R.. “Mini-mental state”. **Journal Of Psychiatric Research**, [s.l.], v. 12, n. 3, p.189-198, nov. 1975. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

FRAZÃO, Cecília Maria Farias de Queiroz et al. **Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise**. Revista Rene, Natal, v. 15, n. 4, p.701-709, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br>>. Acesso em: 11 Jun. 2017.

GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 27, n. 4, p.1185-1204, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400017>.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida et al. **Cuidado de Enfermagem: Interfaces teóricas e práticas no ciclo vital do ser humano**. Curitiba: Crv, 2015. 384 p.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. **GERONTOTECNOLOGIAS PARA O ENSINO EDUCATIVO DIRECIONADAS AO IDOSO: CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO**. 2011. 171 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br>>. Acesso em: 21 maio, 2017.

HEIDMANN, Ivonete T.s. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p.352-358, jun. 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000200021>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021>. Acesso em: 11 jun. 2017.

HORTA, Heloisa Helena Lemos; LOPES, Mara Lisa. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO DIALÍTICO: CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO E EDUCAÇÃO AO PACIENTE. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.221-227, 30 out. 2017. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1457>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população 2015**. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Queda substancial do tamanho da família, nas duas últimas décadas**. Disponível em: <https://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/nupcialidade-e-fecundidade.html> Acesso: 14 abril 2018.

FERREIRA, Juliana Martins. Gerontotecnologias Educativas para o Idoso com Doença de Parkinson: promoção da saúde para prevenção de quedas. 2017. 217 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

LORENZETTI, Jorge et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 22, p.432-439, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200023>. Acesso em: 10 jun. 2017.

LUCCA, Danieleley Cristini. **Gerontotecnologias educacionais para promoção da saúde do idoso em tratamento hemodialítico**. 2017. 105p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MACIEL, Camilla de Godoy et al. ADESÃO AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO: PERCEPÇÃO DOS PACIENTES RENAI CRÔNICOS. **Cogitare Enferm**, [s.i], v. 3, n. 20, p.540-547, set. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483647680012/>>. Acesso em: 1 abr. 2018

MACHADO, Wyarlenn Divino et al. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **Reonfacema**, Maranhão, n. 32, p.444-451, jun. 2017.

MAGALHÃES, Fernanda Guilhermino; GOULART, Rita Maria Monteiro. Doença renal crônica e tratamento em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.679-692, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232015000300679&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 21 maio de 2017

MARIANO, Monaliza Ribeiro et al. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p.265-273, mar. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a30.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

MEIRA, Aline de Sousa et al. Fragilidade em idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.386-392, 30 jun. 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300012>. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3475>. Acesso em: 06 Jun. 2017.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004. 296 p.

MELO, Ana Paula; MESQUITA, Gerardo Vasconcelos; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, [s.i.], v. 1, n. 6, p.124-128, mar. 2013. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/20/pdf_15>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2013.

MOURA, E. C., et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, 27(3):486-496, Rio de Janeiro, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/09.pdf>. Acesso em: 06 Jun. 2017.

OLIVEIRA, Carilene Silva et al. PERFIL DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM TRATAMENTO HEMODIALÍTIC. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 29, p.42-49, mar. 2015.

OTTAVIANI, Ana Carolina et al. ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF CHRONIC RENAL PATIENTS ON HEMODIALYSIS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000650015>.

PAULA, Tailah Barros de et al. Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.146-158, jan. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000682014>.

PEREIRA, Eleno Rafael et al. Análise das principais complicações durante a terapia hemodialítica em pacientes com insuficiência renal crônica. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 4, n. 2, p.1123-1134, maio 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/603/747>>. Acesso em: 08 Jun. 2017.

PILGER, Calíope et al. HEMODIÁLISE: SEU SIGNIFICADO E IMPACTO PARA A VIDA DO IDOSO. **Esc. Anna Nery**, São Paulo, v. 4, n. 14, p.677-683, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a04>>. Acesso em: 21 maio. 2017.

PIVOTO, Flávia Lamberti et al. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 22, n. 3, p.843-849, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000300034>.

POLITO, Maria Goretti. **Complicações clínicas e condutas na doença renal crônica**. São Luís: Copyright - Unasus, 2014

RIBEIRO, Rita de Cassia Helú Mendonça et al. Caracterização Sociodemográfica de Idosos com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. **Rev. enferm. UFPE**, Recife, v. 9, n. 3, p.7503-7509, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10487/11342>. Acesso em: 08 Jun. 2017.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios hidroeletrólíticos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROSA, Karla Ribeiro; LOURES, Marta Carvalho. Qualidade de vida de idosos em hemodiálise: Enfermagem e o Lúdico. **Estudos**, Goiás, v. 40, n. 4, p.419-446, dez. 2013. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/view/3050>>. Acesso em: 20 maio de 2017.

SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p.111-117, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SANTOS, Railma Rodrigues dos et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica sob tratamento hemodialítico. **Revista Interdisciplinar**, [s.i.], v. 3, n. 8, p.83-92, set. 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/715/pdf_238>. Acesso em: 6 mar. 2018.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. (In)dependência na realização de atividades básicas de vida diária em pessoas idosas domiciliadas. **Rev. Rene**, [si], v. 3, n. 14, p.579-587, dez. 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/11655/1/2013_art_sscsantos.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SANTOS, Viviane Fernandes Conceição dos; SANTOS, Adrielma Silveira Fortuna dos; REIS, Francisco Prado. DEFICIÊNCIA, GÊNERO E TEMPO: RENAIS CRÔNICOS EM SERGIPE. **Revista Forum Identidades**, Itabaiana, v. 23, n. 1, p.127-139, jan. 2017. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/6623/5427> Acesso em: 2 mar. 2018

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo. **Tratamento Hemodialítico**. 2017. Disponível em: <<https://sbn.org.br>>. Acesso em: 20 maio de 2017

SESSO, Ricardo Cintra et al. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 39, n. 3, p.261-266, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20170049>.

SILVA, Sandra Tavares da et al. Cognitive capacity in individuals with chronic kidney disease: relation to demographic and clinical characteristics. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 36, n. 2, p.163-170, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20140026>.

SIQUEIRA, Fernanda Duarte; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. ANÁLISE DO PERFIL DE FAMILIARES DE PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Salão do Conhecimento**, [S.l.], ago. 2015. ISSN 2318-2385. Disponível em: <<https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/5400>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 3 v.

SPINOLA, Thaise Dias; GONÇALVES, Virginia Maria da Silva. PERCEPÇÃO DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA QUANTO A INTERFERÊNCIA DA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM SEU COTIDIANO. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 2, n. 5, p.977-986, dez. 2012. Disponível em: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5_2/04-percepcao-paciente-insuficiencia-renal-cronica-interferencia-fistula-arteriovenosa-contidiano.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2018.

TADDEO, Patricia da Silva et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciencia & Saúde Coletiva**, [s.i], v. 11, n. 17, p.2923-2930, ago. 2012. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n11/2923-2930/pt>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

TAKEMOTO, Angélica Yukari et al. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p.256-262, jun. 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18553/1276>. Acesso em: 20 maio 2017.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente-Assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. 176 p.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales e GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 2012, vol.21, n.4, pp.539-548. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>.

Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf> >. Acesso em: 18 de maio 2017

VERAS, Renato Peixoto. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p.1834-1840, out. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012001000003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001000003>. Acesso em: 05 Jun. 2017.

World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.

XAVIER, Brunno Lessa Saldanha; SANTOS, Iraci dos. PATIENTS' FEELINGS AND EXPECTATIONS CONCERNING CHRONIC KIDNEY DISEASE AND TRANSPLANT WAITING. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, [s.i], v. 4, n. 4, p.2832-2840, dez. 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

PESQUISA: GERONTOTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO.

As informações contidas nesta folha, fornecidas por **Naísa Falcão Martins** têm por objetivo firmar acordo escrito com **nome do (a) depoente**

_____ para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela(e) será submetida(o). **1. Natureza da pesquisa:** Esta pesquisa tem como objetivo geral: Aplicar gerontotecnologias educacionais para promoção da saúde dos idosos em tratamento hemodialítico **2. Participantes da pesquisa:** Propõe-se como sujeitos neste estudo idosos que realizam hemodiálise no Centro hemodialítico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago (HU-UFSC) **3. Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo você tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da Pesquisadora do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. **4. Riscos e desconforto:** A pesquisa oferece riscos de incômodo ao participante à medida que pode gerar constrangimento para este, assim este pode se recusar a participar em qualquer momento. Desse modo, o participante será esclarecido de que sua recusa não acarretará em quaisquer desconfortos com relação às responsáveis

pela pesquisa, tampouco junto à instituição que está vinculado. Será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza. Porém caso o participante sinta necessidade os pesquisadores estarão disponíveis para orientações. **5. Confidencialidade:** Tratando-se de pesquisa com seres humanos ocorrerá a confidencialidade das informações. **6. Benefícios:** Esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos relevantes à literatura, bem como no que se refere ao uso de gerontotecnologias educacionais para promoção da saúde do idoso durante tratamento hemodialítico, sendo assim as pesquisadoras se comprometem a divulgar os resultados obtidos. **7. Pagamento:** Não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago pela participação. **8. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades. **9. Indenização:** caso compreenda que houve algum dano eventual decorrente de sua participação nesta pesquisa, os pesquisadores serão responsabilizados. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Florianópolis, ____/____/____

Telefone para contato: _____

Nome do participante do estudo: _____

Assinatura do participante do estudo _____

Pesquisadoras: Naísa Falcão Martins e Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Telefone para contato: (48) 9 96939266 Karina e (48) 9 84293823 (Naísa)

Comitê de Ética em Pesquisa

Telefone: (48) 3721-6094

Email: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXOS

ANEXO A – REGRAS DO JOGO DAS ATITUDES

JOGO DAS ATITUDES

O jogo intitulado como “Jogo das Atitudes” é um jogo desenvolvido para o paciente renal crônico, de cunho educativo que aborda algumas atitudes pertinentes ao cotidiano, bem como suas consequências, riscos e/ou danos. O Jogo pode ser aplicado na sala de espera ou durante a sessão de hemodiálise, conforme necessidade e estrutura da instituição. O objetivo do jogo será associar de forma lúdica que pequenas atitudes tomadas no dia a dia podem trazer consigo melhoras ou piores na sua atual condição de saúde.

REGRAS DO JOGO

O Jogo é composto por 40 cartas (20 CARTAS VERDES e 20 CARTAS VERMELHAS) e um dado onde possui suas faces vermelha, verde e preta. As cartas possuem atitudes que podem ser realizadas ou devem ser evitadas pelo paciente renal crônico. As cores relacionadas a estas atitudes são representadas pela cor Verde e Vermelha respectivamente. O jogador poderá jogar em duplas ou mais. Cada jogador deverá jogar o dado e retirar a carta de acordo com a cor que cair. O vencedor será aquele que ao final do jogo mantiver o maior número de cartas Verdes (atitudes que podem/devem ser realizadas), em contra partida o perdedor será o que obtiver o maior número de cartas Vermelhas. Caso o dado caia com a face preta, o jogador da vez poderá “roubar” uma carta verde do adversário. O jogo encerra quando todas as cartas forem pegadas e o vencedor será aquele que obtiver o maior número de cartas verdes.

CONTEÚDO: 40 CARTAS (20 CARTAS VERMELHAS, 20 CARTAS VERDES) E 1 DADO .

ANEXO B – CARTAS INCLUIDAS NO JOGO DAS ATITUDES



**TOMO MINHAS
MEDICAÇÕES
CORRETAMENTE POIS É
FUNDAMENTAL PARA
MINHA SAÚDE**



PARABÉNS! TOMAR OS MEDICAMENTOS CORRETAMENTE, RESPEITANDO AS DOSAGENS E HORÁRIOS É UM CUIDADO QUE VOCÊ PRECISA TER. LEMBRE-SE, NINGUÉM PODERÁ FAZER ISSO POR VOCÊ, ENTÃO CONTINUE SE CUIDANDO!

**QUANDO ESQUEÇO DE
TOMAR MEUS
MEDICAMENTOS NÃO
ME PREOCUPO PORQUE
NÃO SINTO NADA**



ATENÇÃO! UM DOS GRANDES PROBLEMAS É QUE MUITAS VEZES NÃO SENTIMOS NADA, ISSO NÃO SIGNIFICA QUE SEU ORGANISMO NÃO ESTÁ SENDO PREJUDICADO. DEIXE ANOTADO OS HORÁRIOS E SEUS MEDICAMENTOS EM LUGAR DE FÁCIL ALCANCE!

**MINHA DOENÇA NÃO
TEM CURA E TENHO QUE
FAZER HEMODIÁLISE,
ACEITAR A DOENÇA E O
TRATAMENTO ME FAZ
TER FORÇAS PARA
SEGUIR.**



TER PENSAMENTOS POSITIVOS, SEGUIR EM FRENTE, ACEITAR A DOENÇA E O TRATAMENTO LHE FARÁ MAIS FORTE DO QUE PODE IMAGINAR. ORGULHE-SE DE SER QUEM VOCÊ É! ENFRENTAR OS DESAFIOS IMPOSTOS PELA VIDA É UMA GRANDE VITÓRIA!

**SEI QUE MINHA DOENÇA
NÃO TEM CURA, POR
ISSO É FÁCIL DEIXAR DE
SEGUIR AS
ORIENTAÇÕES QUE
RECEBO**



MESMO TENDO UMA DOENÇA QUE NÃO POSSUI CURA E ALÉM DISSO POSSUIR UM TRATAMENTO CANSATIVO, LARGAR MÃO DAS ORIENTAÇÕES E CUIDADOS A SEREM SEGUIDOS PODERÁ LHE CAUSAR PREJUÍZOS MAIORES E ALGUNS IRREVERSÍVEIS, ENTÃO CUIDE-SE!

**O VERÃO É UMA ÉPOCA
ONDE SENTIMOS MAIS
SEDE, PROCURO
ALTERNATIVAS PARA
NÃO INGERIR MUITO
MAIS LÍQUIDOS
DAQUILO QUE POSSO**



PROCURAR OUTRAS ALTERNATIVAS É A PALAVRA "CHAVE". CONGELAR PEDAÇOS DE FRUTAS DENTRO DAQUELAS LIBERADAS PARA O CONSUMO, CHUPAR GELO, MANTER EM LOCAL MAIS FRESCO SÃO BOAS ALTERNATIVAS!

**NO VERÃO SINTO MUITA
SEDE E NÃO CONSIGO
ME CONTROLAR, BEBO
MUITO LÍQUIDO**



O VERÃO É A ESTAÇÃO QUE TODOS SENTIMOS MAIS SEDE, DEVIDO AO CALOR, TRANSPIRAMOS MAIS NOS DESIDRATAMOS E NOSSO CORPO PEDE ÁGUA, COM O DOENTE RENAL NÃO É DIFERENTE, PORÉM BUSCAR ALTERNATIVAS COMO CHUPAR GELO, CONGELAR FRUTAS PODE-SE TORNAR UM MEIO DE SE REFRESCAR SEM ACUMULAR MUITO LÍQUIDO EM SEU ORGANISMO.

**SE A FÍSTULA PARAR
DE VIBRAR DEVO
ENTRAR EM CONTATO
COM A CLÍNICA O
QUANTO ANTES.**



AO PROCURAR O SERVIÇO O QUANTO
ANTES MELHOR SERÁ PARA VOCÊ. DEIXAR
PARA O DIA DA SESSÃO NÃO É UMA BOA
ESCOLHA, VOCÊ PODERÁ ESTAR
PRECISANDO COM URGÊNCIA DA SESSÃO
PORÉM NÃO TERÁ ACESSO PARA ISSO.
CUIDE-SE!

**QUANDO ESTIVER EM
CASA E A FÍSTULA
PARAR DE VIBRAR
POSSO FICAR
TRANQUILO ATÉ A
PRÓXIMA SESSÃO DE
HEMODIÁLISE.**



ATENÇÃO! SE O FRÊMITO (VIBRAÇÃO) DA
FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARAR OU
DIMINUIR ENTRE EM CONTATO
IMEDIATAMENTE COM A CLÍNICA, NÃO
ESPERE PARA PRÓXIMA SESSÃO. A FÍSTULA
FUNCIONANTE É ESSENCIAL PARA SEU
TRATAMENTO

**ME EXERCITO
RESPEITANDO MINHAS
LIMITAÇÕES**



COM A IDADE ALGUMAS LIMITAÇÕES
SURGEM PORÉM NÃO SIGNIFICA O
MOTIVO DE FICAR PARADO. CONTINUE SE
EXERCITANDO, VOCÊ COLHERÁ OS
BENEFÍCIOS COM O PASSAR DO TEMPO.

**TENHO DIFICULDADE
PARA CAMINHAR, FAZER
ESFORÇO FÍSICO, DEVE
SER POR CAUSA DA
MINHA IDADE!**



COM A IDADE NOSSO CORPO PERDE MASSA
ÓSSEA E MUSCULAR, QUE PODEM LHE
LIMITAR EM ALGUMAS ATIVIDADES, PORÉM
O COMPROMETIMENTO RENAL PODE GERAR
DIFICULDADES PARA CAMINHAR, SUBIR
ESCADA, CORRER E OUTROS, DEVIDO À
ELEVÇÃO DE UM HORMÔNIO QUE LEVA À
MOBILIZAÇÃO ÓSSEA DO CÁLCIO
OCASIONANDO ESTES SINTOMAS!

**DEVO INGERIR
LÍQUIDOS COM
RESTRIÇÃO PORQUE A
MÁQUINA NÃO FILTRA
TUDO**



PARABÉNS! COM BOM CONTROLE O
PACIENTE DIMINUI RISCOS E
COMPLICAÇÕES OCASIONADAS PELA
RETENÇÃO COMO EDEMA (INCHAÇO),
CANSAÇO, FALTA DE AR, EDEMA AGUDO DE
PULMÃO E OUTROS.

**POSSO INGERIR
LÍQUIDOS SEM
PREOCUPAÇÃO
PORQUE A MÁQUINA
FILTRA TUDO**



CUIDE-SE! O ACÚMULO DE LÍQUIDOS
PODE SOBRECARRREGAR PULMÃO E O
CORÇÃO, PODENDO DESENVOLVER
PRINCIPALMENTE EDEMA AGUDO DE
PULMÃO (ÁGUA NO PULMÃO).

**VALE APENA
CONTROLAR O
CONSUMO DE
ALIMENTOS RICOS EM
POTÁSSIO.**



ACÚMULO DE POTÁSSIO PODE CAUSAR PROBLEMAS SÉRIOS, COMO ARRITMIAS (RITMO DO CORAÇÃO ALTERADO), CONSUMÍ-LOS COM MODERAÇÃO É A MELHOR ESCOLHA.

**CONSUMO
FREQUENTEMENTE
ABACATE, GOIABA,
MAMÃO, MARACUJÁ,
UVA.**



OS ALIMENTOS ACIMA CITADOS SÃO FRUTAS QUE POSSUEM ALTO TEOR DE POTÁSSIO, PORTANTO DEVEM SER EVITADAS PELOS PACIENTES RENAIIS.

**OUTROS ALIMENTOS
POSSUEM GRANDE
QUANTIDADE DE ÁGUA
POR ISSO DEVO ME
ATENTAR**



ISSO MESMO! ALÉM DA QUANTIDADE DE ÁGUA TEMOS QUE CUIDAR TAMBÉM DE OUTROS ALIMENTOS QUE POSSUEM GRANDE QUANTIDADE DE ÁGUA COMO LARANJA, ABACAXI, SOPA, MELANCIA ENTRE OUTROS POR ISSO DEVEMOS CONSUMÍ-LOS COM MODERAÇÃO.

**DEVO REGULAR
APENAS A QUANTIDADE
DE ÁGUA QUE
CONSUMO**



TEMOS QUE REGULAR A INGESTA HÍDRICA, ISSO NÃO SIGNIFICA CONTROLAR APENAS A QUANTIDADE DE ÁGUA POIS OUTROS ALIMENTOS TAMBÉM POSSUEM GRANDE QUANTIDADE DE ÁGUA COMO A MELANCIA, LARANJA, ABACAXI, TOMATE, ALFACE, SOPA....

**FAÇO USO DE MUITOS
MEDICAMENTOS E SEI
QUE NÃO POSSO
ESQUECER
DE TOMÁ-LOS**



PARABÉNS! NÃO ESQUECER DE TOMAR OS MEDICAMENTOS É UM PASSO IMPORTANTÍSSIMO PARA SEU TRATAMENTO E BOM CONTROLE DE SUA SAÚDE, MANTENHA-SE ASSIM!

**TOMO MUITOS
MEDICAMENTOS E POR
ISSO ESQUEÇO DE
TOMAR DE VEZ EM
QUANDO UM.**



CUIDADO! APESAR DE FAZER USO DE DIVERSAS MEDICAÇÕES ESQUECER DE TOMAR ALGUNS OU APENAS UM PODERÁ TRAZER PREJUÍZOS À SUA SAÚDE, PORÉM NEM SEMPRE VOCÊ IRÁ SENTÍ-LOS IMEDIATAMENTE E OS DANOS PODERÃO SURTIR FUTURAMENTE. ORGANIZE-SE!

A IDADE AVANÇADA E A DOENÇA RENAL TROUXERAM ALGUMAS LIMITAÇÕES PARA ME MOVIMENTAR, MAS MESMO ASSIM FAÇO O POUCO QUE CONSEGUIR.



ANTES DE REALIZAR QUALQUER ATIVIDADE É NECESSÁRIO RESPEITAR SUAS LIMITAÇÕES. LEMBRE-SE AS PESSOAS NÃO SÃO IGUAIS, MESMO FAZENDO POUCAS ATIVIDADES, O MÍNIMO QUE FOR ORGULHE-SE! VOCÊ E SUA SAÚDE CAMINHAM JUNTAS!

NÃO GOSTO DE PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA TENHO PREGUIÇA PARA ME EXERCITAR



POR MAIS QUE NOS SINTAMOS CANSADOS, REALIZAR PEQUENAS ATIVIDADES É UM EXCELENTE COMEÇO! OPTE POR PEQUENAS CAMINHADAS OU MESMO EXERCITAR-SE EM CASA, O IMPORTANTE É NÃO FICAR PARADO!

RARAMENTE PASSO MAL DURANTE MINHAS SESSÕES, DEVE SER TAMBÉM PORQUE SIGO AO MÁXIMO AS ORIENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS.



SEGUIR O PLANO TERAPÊUTICO, ESTAR CUIDANDO DE SUA SAÚDE É A MELHOR MANEIRA PARA DIMINUIR AS CHANCES DE COMPLICAÇÕES E SINTOMAS DESAGRADÁVEIS. A HEMODIÁLISE PODE SE TORNAR MAIS TRANQUILA COM SUA AJUDA!

DURANTE A SESSÃO DE HEMODIÁLISE COM FREQUÊNCIA MINHA PRESSÃO FICA BAIXA, CHAMAM DE HIPOTENSÃO.



ATENÇÃO! OBSERVE COMO ESTÁ SEU GANHO DE PESO ENTRE AS SESSÕES. QUANTO MAIOR FOR SEU GANHO DE PESO ENTRE UMA SESSÃO E OUTRA MAIOR SERÁ A CHANCE DE SEU ORGANISMO SENTIR A RETIRADA DE LÍQUIDOS, OCASIONANDO A BAIXA NA PRESSÃO E SINTOMAS COMO FRAQUEZA, MAL ESTAR, NÁUSEAS E OUTROS.

OS CUIDADOS QUE FAÇO EM CASA INTERFEREM DURANTE A SESSÃO DE HEMODIÁLISE



DORMIR, SE ALIMENTAR ADEQUADAMENTE, TER UM BOM CONTROLE DE SUA SAÚDE, DIMINUI AS CHANCES DE ALGUNS DESCONFORTOS COMUNS DURANTE A SESSÃO DE HEMODIÁLISE COMO NÁUSEAS, CÂIMBRAS, HIPOTENSÃO (PRESSÃO BAIXA) E OUTROS.

NÃO PRECISO ME PREOCUPAR COM O QUE FAÇO EM CASA PORQUE JÁ FAÇO HEMODIÁLISE



DEVO ME PREOCUPAR COM O QUE FAÇO EM CASA SIM, POIS A HEMODIÁLISE É APENAS UMA PARTE DO TRATAMENTO, PORTANTO OS CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA, LAZER SÃO ESSENCIAIS PARA AJUDAR NO MEU TRATAMENTO.

O CONVÍVIO COM A FAMÍLIA, REALIZAR OUTRAS ATIVIDADES SÃO IMPORTANTE PARA A SAÚDE.



A HEMODIÁLISE IMPÕE UMA ROTINA MUITAS VEZES CANSATIVA, ENTÃO FAZER ATIVIDADES QUE PERMITAM CONVÍVIO COM OUTRAS PESSOAS, QUE LHE DÊ PRAZER É MUITO IMPORTANTE PARA A SUA SAÚDE FÍSICA E MENTAL.

A HEMODIÁLISE ME IMPEDE DE SAIR, PASSEAR, SE RELACIONAR COM OUTRAS PESSOAS.



VIAJAR PARA UM LUGAR MUITO DISTANTE POR MUITO TEMPO REQUER UMA ORGANIZAÇÃO, MAS NÃO O IMPEDE, ASSIM COMO INTERAGIR E RELACIONAR COM OUTRAS PESSOAS. ACEITAR A DOENÇA É UM PASSO MUITO IMPORTANTE...

ESTOU SEMPRE ANSIOSO, PREOCUPADO, AGUSTADO, IRRITADO, ACHO QUE É NORMAL



ENFRENTAR E VENCER ESTES SENTIMENTOS. PROFISSIONAL PODERÁ LHE AJUDAR A AMIGO OU PROCURAR AJÚDIO COM NORMAL. CONVERSAR COM FAMILIAR, COM OS SINTOMAS CITADOS ACIMA NÃO É BEM, PORÉM FICAR FREQUENTEMENTE À DIAS QUE NÃO ESTAMOS SE SENTINDO

FAÇO UM TRATAMENTO QUE É CANSATIVO, TENHO DIAS QUE DÁ VONTADE DE DESISTIR, MAS NÃO DEIXO ME ABATER



DOS MOTIVOS PARA NÃO ME ABATER. PESSOAS DE QUEM GOSTAMOS ESTE É UM COMPARILHAR MOMENTOS AO LADO DAS DÁ A CHANCE DE VIVER E PODER TRATAMENTO CANSATIVO PORÉM ELA NOS REALMENTE A HEMODIÁLISE É UM

POSSO FAZER DIVERSAS ATIVIDADES DESDE QUE EU TENHA CUIDADOS COM A FÍSTULA

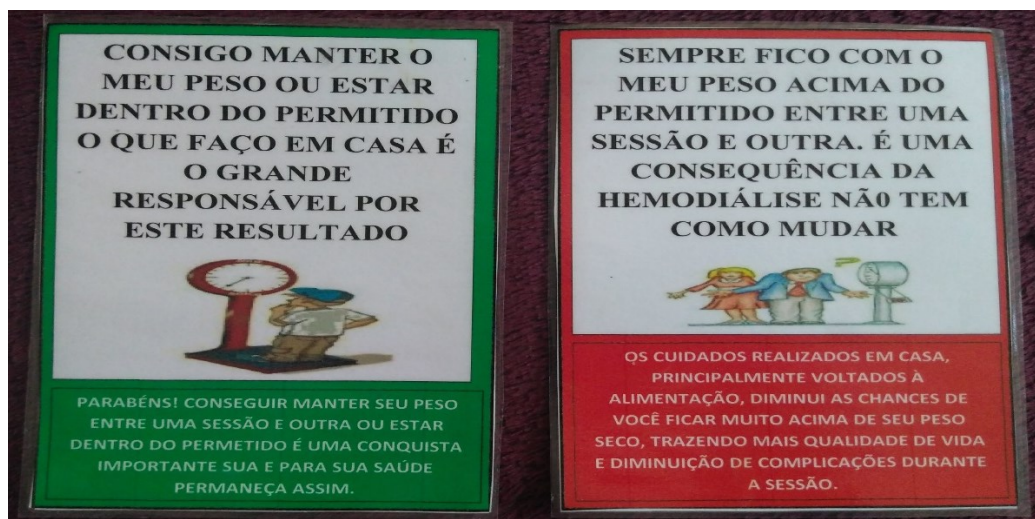


REALIZAR ATIVIDADES É UMA MANEIRA DE SENTIR-SE ÚTIL E CONVIVER E INTERAGIR COM OUTRAS PESSOAS. A FÍSTULA NÃO IMPEDE DE REALIZAR ATIVIDADES, SÓ PRECISA TER CUIDADOS E ATENÇÃO NO MOMENTO DE REALIZÁ-LAS.

UTILIZAR O BRAÇO COM A FÍSTULA PARA CARREGAR SACOLAS OU PESO AJUDA NA PRESERVAÇÃO DA FÍSTULA.



CARREGAR PESO, UTILIZAR RELÓGIOS, ACESSÓRIOS NO BRAÇO COM A FÍSTULA DEVEM SER EVITADOS, POIS PODERÁ OCASIONAR DANOS NA FÍSTULA NÃO AJUDANDO NA PRESERVAÇÃO.



ANEXO C – INSTRUMENTO PARA AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Formulário com informações gerais:

Código de identificação: _____.

1. Idade: _____.

2. Escolaridade:

☐ Ensino fundamental incompleto.

☐ Ensino fundamental completo.

☐ Ensino médio incompleto.

☐ Ensino médio completo.

☐ Ensino superior incompleto.

☐ Ensino superior completo.

☐ Nunca foi a escola, mas sabe ler e escrever.

☐ Nunca foi a escola, não sabe ler nem escrever.

☐ Nunca foi a escola, lê e escreve poucas coisas.

3. Possui filhos? ☐ Sim. ☐ Não. Se sim, quantos: _____.

Idades: _____.

4. Possui cuidador? ☐ Sim. ☐ Não.

5. Há quanto tempo realiza hemodiálise nesta clínica _____.

6. Quantas vezes por semana realiza hemodiálise _____.

Instrumento para as entrevistas semiestruturadas individuais

1. Tem dúvidas sobre seu tratamento e/ou sobre sua doença?
2. Gostaria de se informar sobre a DRC, tratamento ou outros assuntos?
3. O que costuma fazer ao chegar na clínica?
4. O que costuma fazer durante a sessão de hemodiálise?
5. Que tipos de atividades são realizadas durante a sessão de hemodiálise?
6. Gostaria de fazer alguma atividade enquanto realiza a hemodiálise? Qual atividade?

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO, APROVAÇÃO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idoso com Doença Renal Crônica: clínica, terapêutica, prevenção e políticas integradas para rede de saúde

Pesquisador: KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43766215.5.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.097.377

Data da Relatoria: 08/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Grupo de Estudos sobre o Cuidado em Saúde de Pessoas Idosas – GESPI/PEN/UFSC, cadastrado no CNPq, que visa “desenvolver e propor estratégias de integração para a rede de saúde do Idoso com doença renal crônica, na atenção primária, secundária e terciária do município de Florianópolis (SC)”. Serão convidados a participar do estudo 410 indivíduos: 50 trabalhadores das UBS, 40 trabalhadores da unidade de terapia dialítica, 80 idosos cadastrados no HIPERDIA; 80 idosos em tratamento de hemodiálise; 80 familiares dos idosos e 80 acompanhantes dos idosos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Desenvolver e propor estratégias de integração para a rede de saúde do Idoso com doença renal crônica, na atenção primária, secundária e terciária do município de Florianópolis (SC).

Objetivo Secundário:

SUB-PROJETO 1: • Conhecer o cuidado prestado aos Idosos para prevenção da doença renal crônica na atenção primária em saúde do município de Florianópolis/SC. • Propor e Implementar, por meio de estudo piloto, metodologia de intervenção e acompanhamento de Idosos cadastrados no Hiperdia da Unidade de Saúde Trindade, do município de Florianópolis, desenvolvendo ações e

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.007.377

condutas para prevenção das doenças renais crônicas;

SUB-PROJETO 2: • Investigar a situação de saúde dos idosos com doença renal crônica a partir do desenvolvimento de marcadores clínicos, socioeconômicos, familiares, terapêuticos, de esperança e qualidade de vida; • Compreender o itinerário terapêutico dos idosos com doença renal crônica, especialmente quanto ao seu empoderamento, visando possibilitar condutas para a (re) organização dos serviços de atenção em saúde de Florianópolis, SC.

SUB-PROJETO 3: • Apresentar panorama da utilização de logística reversa aplicada a saúde no serviço de hemodiálise do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC, na perspectiva de recolhimento, tratamento ambiental dos dialisadores e linhas; • Descrever o impacto ambiental da logística reversa em hemodiálise, com ênfase na sustentabilidade do planeta SUB-PROJETO 4: • Propor ações para política integrada entre atenção primária, secundária e terciária no atendimento ao idoso vulnerável ou que já possui doença renal crônica, integrado às esferas de atendimento em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nessa versão foram acrescentados os possíveis riscos do estudo e as medidas tomadas para minimizá-los em cada modelo de TCLE apresentado.

No que se refere aos benefícios do estudo, entre aqueles citados pelos pesquisadores encontram-se "Estimular a comunicação entre os âmbitos de atenção primária, secundária e terciária no atendimento ao idoso com doença renal crônica; Identificar o acesso e qualidade da atenção à saúde para diagnóstico, tratamento e recuperação do idoso com doença renal".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todas as solicitações do parecer consubstanciado anterior foram atendidas, sendo que, nessa versão, todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente. Foram acrescentados os possíveis riscos do estudo e as medidas tomadas para minimizá-los em cada modelo de TCLE apresentado. Foi também esclarecido que somente os idosos considerados 'capazes' poderão participar do estudo.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "Idoso com Doença Renal Crônica: clínica, terapêutica, prevenção e políticas integradas para rede de saúde" deve ser considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 08 de Junho de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

**ANEXO E – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO APÓS APLICAÇÃO DE
GERONTOTECNOLOGIA**

AVALIAÇÃO GERONTOTECNOLOGIA	
USUARIO: HAS: DM: OUTROS	IDADE: SEXO:
COMO SE SENTE?	
O QUE ACHOU DO JOGO?	
O QUE APRENDI?	
COMO FOI ESTA EXPERIÊNCIA?	
SUGESTÕES:	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5182- TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Trata-se de importante temática de pesquisa, alinhada as mudanças demográficas no Brasil, fortalecida pela necessidade de ênfase nas doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a doença renal crônica. Teve-se objetivo de conhecer as necessidades de saúde apresentadas pelos idosos na unidade de tratamento dialítico; aplicar e avaliar a utilização da gerontotecnologia educacional como ferramenta para promoção da saúde do idoso em uma unidade de tratamento hemodialítico de um hospital universitário do sul do país. Para tanto utilizou-se a Pesquisa Convergente Assistencial, com coleta de dados realizada entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018, com idosos que realizavam hemodiálise. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer consubstanciado 1.097.377. Os resultados apresentaram-se na forma de dois manuscritos intitulados: 1) Identificação das necessidades de saúde de idosos em uma unidade de tratamento hemodialítico; 2) Aplicação de gerontotecnologia educacional para promoção da saúde de idosos em tratamento hemodialítico. A pesquisa é relevante para promoção a saúde do idoso com doença renal crônica, necessária ao planejamento do cuidado com qualidade da equipe de enfermagem, promovendo melhorias que interferem diretamente no processo de saúde e doença do idoso, incitando aumento da qualidade de vida, assim como envolvendo cuidadores e familiares. Destaco o empenho e dedicação da aluna no Trabalho de Conclusão de Curso para realização do estudo, com pró atividade durante todas as etapas. Recomendo aprovação, enfatizando a importância da pesquisa e aderência a prática clínica da enfermagem.

Florianópolis, 05 de junho de 2018.

Karina da Silveira de Almeida Hammerschmidt